

【编者的话】

中国的医患关系几乎病入膏肓。

9 月 15 日，北京同仁医院耳鼻喉科主任徐文在医院被一位患者连砍 21 刀，经抢救后脱离生命危险，但有可能再也无法拿起手术刀了。这样的恶性事件并非首例，在全国各地，医院被封堵、医生被殴打、医院财物被破坏、医疗秩序被扰乱的暴力行为屡屡发生。



在欠完善的制度环境下，人人都会成为受害者，患者和医生都沦为弱势群体。本期一五一十周刊专题讨论中国当下的医患关系难题。

从患者的角度来看，“看病难、看病贵”每个人都有过足够的体会，但医生群体的情况大部分读者可能并不十分清楚，因此，本期周刊的第一部分特地收录了两篇从医生的视角来看待医患关系的文章，以期提供更全面的解读。“网易另一面”的专题通过审视医生群体的生存状况，揭示了医生当下的困境，指出“这场关于信任的纠纷中，真正的危机在于医生也成了‘病人’，而病人却无法自救”。遇袭医生的同事、北京同仁医院主任张友平医生则由这起事件开篇，列举了医生职业受到人们普遍质疑的因素，指出造成这种局面的原因在于医生面对的社会现实与职业期望的背离。

作家六六通过记叙自己在医院“卧底”的见闻，为读者观察医患矛盾提供了另一种视角与体验，她认为解决矛盾需要医患双方的互相理解。对此，记者柴会群针锋相对地提出了相反意见，他认为，破解医患难题不应靠理解，而要靠制度。

医者既已无法自医，每况愈下的医患关系到底谁能医呢？在提出具体的解决方法之前，恐怕要从探究医患矛盾的成因入手。刘晓忠和薛兆丰的文章用博弈论和经济学的眼光来审视当前的医疗体系：刘晓忠认为患者在同医疗体系博弈中面临的信息和制度等双重不对等性是医患互信缺失的制度性障碍，薛兆丰则进一步指出医患之间的信息不对称现象实际上源于市场机制的缺位。

徐昕、卢荣荣通过个案分析和实证调查，深入研究了转型中国的医疗暴力事件的特征、类型及成因，总结出医患双方及患方对现有医疗纠纷解决机制的信任缺失是矛盾形成的关键因素，提议改进制度以重建信任，力求从根本上遏制暴力。

医学专业网站“丁香园”的创始人李天天认为，医闹现象产生发展的根本原因不仅仅在于医患双方的信息不对称，更是由于地方政府的不作为和胡作为导致公法偏废，潜规则泛滥。要从源头上解决问题，就必须将问责引入医疗纠纷的处理，令各级政府职能部门不游离于医疗制度改革之外。



最后，盛大林的文章从绍兴经验出发，介绍了由医患纠纷人民调解委员会主导的民间第三方调解制度，为解决问题提供了一种可行的思路。

适逢十一长假，一五一十电子周刊下周休刊一期，节后再与您见面，祝愿节日快乐。

1510 周刊由「我在中国」（Co-China）论坛志愿者团队制作，每周出版一期，通过网络发布，所有非一五一十部落的文章均经过作者或首发媒体的授权，期待大家的关注和建议。

目 录


在 Google Buzz 分享本期周刊



【危】

9-1 网易另一面：中国医生：活多、钱少、高危

“这场关于信任的纠纷中，真正的危机在于医生也成了‘病人’，而病人却无法自救。”



导语：同仁医院耳鼻喉科医生徐文日前被患者砍伤引发全社会对医生群体生存状况的审视。据媒体粗略统计，全国今年已发生 9 起医生被打事件。在医患冲突愈演愈烈的背景下，曾经的白衣天使何以变成付出太多、所得太少、压力太大、名声太差的矛盾人群？

备受威胁的中国医生

每年医疗纠纷近万起，70%的医院发生过患者殴打、威胁、辱骂医务人员事件

据中华医院管理学会调查统计，自 2002 年 9 月 1 日《医疗事故处理条例》实施以来，中国医疗纠纷的发生率平均每年上升了 22.9%。据中新社 2007 年的报道，国家卫生部新闻办透露，2006 年中国内地发生 9831 起严重扰乱医疗秩序事件，打伤医务人员 5519 人，造成医院财产损失超过 2 亿多人民币。

据中华医院管理学会 2001 年的调查显示，在被调查的 326 所医疗机构中，321 所（98.47%）医院存在着被医疗纠纷困扰的问题。另据卫生部统计，在医疗纠纷发生后，有

70%以上的医院发生过患者殴打、威胁、辱骂医务人员事件；60%的医院发生过患者死后家属在医院内摆花圈、拉横幅、设灵堂等情况；其中 43.86%发展成打砸医院的恶性倾向。

随着患方与医方纠纷攻防的强弱转化，医患纠纷近年来大有从民事经济纠纷走向群体性政治事件的危险。在 2009 年 6 月，中国内地先后发生 6 起“血溅白衣”事件，有医院院长挨打致肋骨多处骨折，有当班护士被人砍伤颈部，抢救无效身亡，有医生被患者家属围攻，跳楼脱身……上述 6 起医闹事件共计造成近 20 名医务人员伤亡。

干得多、拿得少、压力大——不想下一代当医生

工作负荷严重“超载”，超过四分之一的医生存在心血管疾病风险

截止 2009 年，中国每千人城市人口的医生人数是 1.75 人，而每千人农业人口的医生数只有 0.47 人（2005 年美国的人均医生数是每千人 3.59 个，法国 3.37，英国 2.2，韩国 1.6）。由于中国医务人员编制由当地卫生部门统一计划，当病人增多时，医生给每位患者提供合理质量的医疗服务就很难保证。此前有报道调查医生就诊时间发现，眼科医生包括使用检查仪器在内，每位患者耗时 5 分钟，内科医生问诊时间平均 7 分钟。“排队 3 小时、看病 3 分钟”这样的抱怨常常发生。

由于中国医疗资源不足且分布不均，医生工作强度之高在所难免。根据丁香园在 2008 年进行的一项调查，49.2%的医生每隔 4 至 5 天就要上一次夜班，76.1%的人中午休息不超过半个小时；80％的人工作中顶多只有 10 分钟的时间休息。此外，参与调查的所有医生都曾连续工作 24 小时以上，其中，18%的人曾连续工作 48 小时以上。长年高负荷工作，中国医生“医不自医”的情况十分突出，超过四分之一的医生存在心血管疾病风险，三十五岁以上男性医生高血压患病率已是健康人群的两倍。

根据美国医疗网站 medscape 对全美 22 种专业，共 15794 名医生进行的调查，70%的医生，每周的工作时间在 55 小时以下。23%的医生每周接待病人在 49 人以下，41%的医生每周接待 50 到 99 人。在相同的工作时间内，接待更少的病人并不代表低效率，而代表医生可以在



每一个病人身上花更多的时间。只有不到 5%的医生接待一位病人所需的时间在 9 分钟以下，有 15%的医生甚至在每一位病人身上要花去 25 分钟以上的时间。

写病历占用 60%上班时间，诊断和治疗难分身

中国医生要处理的病人多但却缺乏效率，由于行政管理体制的制约，常常是大量时间、精力被用来完成与治病救人无关的事。广东省卫生厅副厅长廖新波日前在博客刊登了一个普通医生写给卫生行政部门的建议，在这份信中，医生自爆每天要用大量的时间书写大量的文字（病历），而只用很少的时间去为病人解决实际的医疗问题。另有妇产科医生回应称，值班时经常 24 小时睡不了觉，病历书写超过 60%的时间。“强烈建议简化病历书写，否则怎么能做好医生最重要的工作——诊断和治疗。”

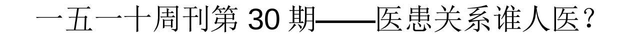
在这一方面，美国的医护人员显然要轻松很多，他们很少会做这些没有“技术含量”的“脏活累活”。一般的美国医院里医生和护士加在一起一般只占医院总人数的 50%，其余人员都是辅助人员和行政人员。有将近 50%的美国医生每周的文书工作在 9 小时以内，超过 20 小时的不到 15%。合理的医生和护士比例能有效减轻医生的负担。美国医院内，医生与护士的比例大约为 1 比 4，而中国医院的医生与护士比大约为 1 比 1.5。

95.66%的被调查医师认为自己的付出与收入不相符

在中国，医生的收入可能在社会整体收入中排名在中上水平，但考虑到成为医生所投入的教育成本以及救人性命创造的价值，医生薪酬仍远低于世界大多数国家医生的收入水平。中国医师协会 2011 年最新的医师执业状况调研发现，95.66%的被调查医师认为自己的付出与收入不相符(不相符+很不相符)，而其中选择“很不相符”的比例高达占 51.00%。

医疗行业是高风险高技术含量的行业，但中国医生的平均工资仅是社会平均工资的 1.19 倍。而美国劳工部劳工统计局公布的统计资料显示，2010 年美国医生的平均年收入是 17.4 万





美元，医生的收入是普通人收入中位数的 3.95 倍。日本中年医生平均年收入可达 1000 万日元（约合人民币 80 多万元），比国民平均收入高一倍多。中国香港医生初入行时的平均月收入就超过 5 万港币，且会逐渐按年资增加。拥有 10 年工龄的医生的月收入约 10 万港币。台湾地区这几年医生收入略有下降，但总体也能保持在年薪百万新台币之上（合人民币 20 万至 30 万元）。

近 5 成医疗工作人员对执业环境不满，78%的医生父母不希望子女学医

最新的医师执业状况调研中，中国医生对执业环境状况的担忧并没有明显改善，近一半(48.51%)的医疗工作人员对目前的执业环境不满意，而满意的比例为 19.02%。调研报告认为，医患关系紧张、医疗纠纷增多，医师普遍感到执业中的人身安全和人格尊严得不到保障等原因造成了医生对执业环境的负面感观。这种负面情绪还直接医师对下一代的职业规划和建议，因为有 78.01%的医师不希望自己的子女从医，支持、肯定从医的父母仅占 6.83%。早先的调查统计也显示，在近 10 年的高考状元专业选择调查中，几乎无人选择医学，考生们最热衷向往的专业是——经济管理。

在美国，不算离谱的工作时间，加上丰厚的收入带给医生的是较高的职业满意度和归属感。根据调查，有 53%的美国医生对待遇感到满意，护理人员中，也有 48%对收入感到满意。在被问到如果有机会选择，还会不会再当医生时，69%的美国医生明确表示会，只有 12%的美国医生表示不会。

医生困境如何造就？

价格管制忽视医生价值，酿以药养医、红包回扣恶疾

乱开药、过度检查、收红包、拿回扣一度成为医疗纠纷中的导火索，也被认为是医生群体道德下降的证据。造成乱象的根本原因却不仅仅是医生在垄断医疗服务资源之后的利欲熏心。



在医疗服务价格管制和药品最高零售价被政府管制之后，医生的工资与每天的工作量与强度、专业技术、风险的对比严重失衡。政府对公立医院实行收支两条线，支出不能超过总收入。于是多开药、多做检查就成为医院创收、医生谋生不得已的做法。

相比之下，国外医院不受价格控制，让医生通过门诊等技术服务“以医养医”，不但劳动价值能够体现，也杜绝了多开药的腐败空间。在香港，持本港身份证的“符合资格人士”急诊收费每次 100 港元、住院、护理、注射也是按劳收费。因为在服务价格标准提升后，医生会用尽量利用专业知识看病问诊，开药反而成为增加成本的事情。

医疗资源分布不公使城市大医院医生疲于应付

中国的医疗投入总体上不足，医疗资源分配不公。社区医院本应是患者就医首选，在英美等发达国家，基层卫生机构的就诊率达 80％以上。但中国 80%的医疗资源集中在大城市，其中 80%的优秀医生又集中在大医院，县级以下公共卫生机构仅 1/3 能正常运转，1/3 处于瓦解边缘，1/3 已瘫痪。这种配置不公导致大病、重病都得到大城市大医院就医，供需关系进一步失衡，不仅为医院为医院追求“高药价、高耗材”的过度医疗提供了条件，也使得大医院人满为患，专家诊治“一号难求”，为数不多的医生只能疲于应付，恶性循环。

医疗鉴定秘密进行，鉴定人不署名担责，广州 9 成申请被鉴定为非医疗事故

多数医生被打事件源于医患纠纷没有得到妥善解决，导致患者对院方极度不信任甚至寻求报复。当医患纠纷寻求司法途径解决时，面临的首要难题就是公正的医疗鉴定。但从 2002 年 9 月起，《医疗事故处理条例》舍弃追究医疗违法犯罪的职责，把原来由国家事业单位（医疗事故技术鉴定委员会）进行的鉴定，规定为肇事医生及其机构入盟的社会组织医学会召集秘密进行（参加鉴定合议的医生不在鉴定书上署名担责），且不区分、不鉴定医疗责任事故，这种在以往被用来作为追究医疗违法犯罪行政和刑事责任的重要事项经修订后被认为是执法倒退。



此外，一次鉴定通常需要数月，最长可达两年多。耗时过长令许多患方难以等待，因而不选择鉴定。医疗鉴定的最终结果大多不利于患方。2003 年至 2005 年，广州地区的医疗事故鉴定共 354 宗，仅 39 宗被鉴定为医疗事故，占 11.02%，即申请鉴定的近九成医疗纠纷被鉴定为“不属于医疗事故”。

结语：信者为医？药开多了是过度医疗，开少了是水平不行；待患如亲？给治好了是“涌泉相报”，治不好是“拔刀相向”；这场关于信任的纠纷中，真正的危机在于医生也成了“病人”，而病人却无法自救。

（出品：网易新闻另一面，编辑：鲁欣、李狄皓。原文链接：http://news.163.com/11/0922/03/7EHBH1EF00014JHT.html）

【返回目录】

9-2 张友平：从徐文医生被严重砍伤所想到的
——医生是弱势群体

“法学界对医疗行为，或者说医-患关系的法律属性没弄明白，即定位不准；医疗资源配置不公，使人们对政府不满情绪转移到了医院或医生的头上；医疗风险的保险机制缺失，进一步引起人们对政府的不满和对医学的误解。”

昨天下午 4 点多，在同仁医院，一名男性草根“书法家”将耳鼻咽喉科主任徐文砍伤。事后，“书法家”逃离现场。伤者双臂被砍二十余刀。徐文今年 43 岁，首都医科大学毕业后分配在同仁医院耳鼻喉科，攻读完医学博士以后，现在是主任医师，博士生导师，耳鼻咽喉科主任。擅长各类咽喉部疾病、嗓音疾病诊断及治疗。

在第一现场看到徐文的医生描述：一个文静的、柔弱的女医生，倒在了血泊中，惨不忍睹。她倒在血泊中，左臂上举着，拼命护着她的头颅，左上臂的肌肉、肌腱、骨头全都露着，这位女医生左肱二头肌一直被砍到底，骨头都露出来了，神经和肌腱都受损，右前臂骨折，左下肢及前额正中都被砍伤。这是她最后倒在地上的姿势，反抗的唯一方式。满地是血，到处都是，诊室里，候诊区里，大片大片的血，太惨了。伤，请看看她的伤，一个弱小的身躯，十多处伤，头面部 7 处，双上肢 10 处，左下肢 2 处，左臀部及背部 2 处，刀刀见骨，遍体鳞伤，血就那么一直的流着，她休克了，血压 70/40mmHg，失血性休克、疼痛性休克，失血量至少 1600ml，殷红的鲜血浸透了她洁白的工作服。

徐文是一个非常好的大夫，在同仁医院是有口皆碑的：技术好，人又和气，同事信得过她，愿意把自己的亲戚朋友都托付给她；病人信得过她，复诊总要找她加她；出门诊，从上午看到下午两三点钟是正常，不吃不喝不上厕所，就一直的看病人，因为她不好意思拒绝病人。



技术好，那是不用说的，网上随便搜索一下就知道她的学术造诣，至于病人对她都是赞誉有加的。

抢救之余，知道了杀人凶手叫王宝洺。看了他的博客，一个喉癌病人，06 年做的手术，07 年复发，自己认定是手术没做好（按他的话讲叫“伪手术”）导致他复发。实际上，当时诊断时他病变局限在右侧声带，术前病人又坚决要求保喉，保留发声功能（病情告知和谈话签字在病历中都可查阅，清楚明确的交代了有可能切不尽复发的问题），徐文按照治疗原则和病人意愿选择了右侧声带激光扩大切除术。为了确定切除干净，术后病理特别关注了切口边缘是否有癌细胞，得到送检标本的部分边缘可见癌细胞的病理回报后，徐文主任按照医学上对这种情况的处理惯例，要求患者放疗或喉部分切除。因为同仁医院没有放疗设备，病人到别的医院进行放疗，等他再来同仁医院的时候就已经是复发的事了。复发后病人就一直认定是手术没做好引起的，到医院投诉，投诉中反映出他的最大疑点是：他复发后在别的医院做 CT 时，报告有右侧声带，“明明我在同仁医院已经做了右侧声带的切除，为什么 CT 还看到我有右侧声带呢，徐文欺骗了我，她给我做了个‘伪手术’”。这是王宝洺的疑问，也是一个病人正常的想法。医院接到投诉后调集了他住院手术的病历和手术所送的病理标本，并组织专家进行讨论鉴定，结论是别的医院在 CT 上看到的这个“右侧声带”，是肿瘤的复发，还在那个部位，从影像上是无法区分是声带还是肿瘤，因此影像报告为“声带”是可以理解的。后来他在外院做了全喉切除，术中所见和术后标本都证实了这点，因此徐文给病人做的不可能是“伪手术”，她的处理是符合医学规范的，对病人也是认真负责的，病的复发是病情所致。医院和徐文本人反复给他讲这个道理，给他看病理标本，但是王宝洺不能理解。他认定就是徐文害了他，给他做的是“伪手术”，这也是他在博客中反复提到的。因此医院建议他通过鉴定和法律来解决这个分歧。这个案例后来告到了东城法院，到凶杀案发时还在等待判决中。为什么在法院还没有做出决定前他就要杀人了呢？是病情又恶化了，还是别的什么事情触动了他？这是为什么？答案可能要等公安局来告诉我们。

徐文经过手术后已脱离生命危险，但是可能再也无法拿起心爱的手术刀为病人做手术了。接报后，市公安局高度重视，迅速按照工作预案，组织警力开展处置工作，于 17 时 50 分许，将嫌疑人王宝洺（男，54 岁，本市人，“书法家”）抓获。目前，警方正在对此案开展进一

步调查。听到以上的消息，我的心情十分沉重，徐文医生今年刚刚 43 岁，正是能够为广大的患者服务，并且在医学上可能会有贡献的医生竟然被凶手连砍了十余刀？这位“书法家”对徐文非要置徐文于死地的这样砍？砍完了还优哉游哉的回家？徐文医生我还是比较了解的，她对工作是非常认真的。本文之前已经介绍过她。我上网仔细搜寻，却发现各论坛都是对医生的谩骂，对当前医德的拷问。甚至有人炮制了个什么帖子叫《医生与抢劫犯的区别》似乎医生这一职业在中国目前已经成了最为人不耻的职业。所有同行的良心道德甚至人性都丧失得一点不剩了。在当前的网络上，除了医生自己，没有人不骂医生，没有人不为从语言上把医生踹上几脚而感到痛快。

我们医生在这个世界上已经罪孽深重，但我还是想搞清楚我们的罪孽究竟在哪。于是从大家给医生的罪状中找出了大体以下几条：

一，医德丧失，只认钱不治病。乱宰病人、乱开药、乱检查。对比是六七十年代，大家看个病花的多么少，做的检查多么少。六七十年代的事我没幸赶上，但是，大家可以查看一下在那个时代老百姓的治疗死亡率是多少。那个时代的医生，也就听诊器、血压计、体温表三大件。而在那个时代的什么鸡血治疗，针灸麻醉的荒唐事又有多少。认识一位退休了的前辈，外科、妇科、五官科的手术无所不通(一般的常见手术，但没一样精)，当时下乡敢在老百姓家的床上给病人做疝气，然后扛上病人送的几十斤大米回家解决一家人的吃饭问题。他曾告诉我，他的手术是从死人身上练出来的。但那时候民风淳朴，人命不值钱，死了，是得病死的，而不是医生治死的。但现在，不管啥病，只要到医院，医生就得诊断准确，治疗满意，否则就是庸医。诊断不清是庸医，做点检查又成了宰病人。所以在这个时代，该做的检查不敢不给做，否则漏诊或诊断错误，很可能被病人堵医院大门，当事医生挨打。

二，还是宰病人的事。只知道认钱，不管病人死活。十多年前政府已经搞了什么医疗市场化。当时官方说这是一个伟大的举措。但是，别的市场经营的部门，为啥没挨骂，而只有我们医生？电信、电力、铁路、服务业这些部门挣钱是发展经济，医生挣钱就成了丧尽天良了？在九十年代初以前，医生的工资大体上还和教师一样，是由财政部门支付的。那个时代的大多数医生工资也就几百元钱吧。后来，推上市场了，财政上对医院的政策叫“断奶”。医院要发展，于是各家医院就给医生们定下了各项挣钱指标：一月要多少挂号，多少手术费才能拿到工

资，多于多少，按怎么样分成做为奖金。应该说在任何行业，定下任务是没错的。但前几年，就有媒体公开了某医院的这种指标，从而成了医疗行业唯利是图的证据。工厂给工人定生产任务是天经地义的事。市场化的医院有了经济指标就成了唯利是图了。再看看完成指标后医生都能拿多少，执行的都还是国家的工资制，各地有些差异，但最多只能算当地同等学历工龄职称的中档水平吧。目前的医患关系下，收要红包就是授人以柄。极少数情况下，有出院病人感谢的米啊油啊的，实在不好推辞的。一年两三个月的米油不用去买。2000 年前，术后有时受病人请吃。现在有病人、熟人看辛苦，有意请去喝两杯，都推了。

三，药品提成，是中国的医生都绕不过这个。但是却是医院统一按奖金分配，如果三甲医院发现医生私自拿提成，后果很可能是除名。结果这让医生背上多大的黑锅骂名。三甲医院的工资刚毕业的不过 2000，到主任医师，最高的 6000 吧，别的就在这之间。奖金啊，药品啊多一点，但一般医生各种收入不会高于 5000。但是请大家看看现在的物价！高得吓人。白领的工资比我们医生高得吓人，公务员的工资也比同等资历的医生不但工资高得多，享受的待遇也高得多！比如专车自驾，汽油报销等等。在南方的民营医院(走到哪都是蒲田人开的)，遇到过好几个省的下海大军，在广州那边的民营医院，飘的很多都是从不发达地方的县一级医院出门诊的。有些人飘了几年，想回去也回不去了。05 年的时候，在那种民营医院，刚出门的时候不会谈工资条件，一个月拿 3000 多。后来，谈到五千。在那种以广告为主的医院，工资最高的是妇科医生，最高能拿 5--10 万。前提是嘴要会忽悠、会糊弄病人，在那些地方才真的叫宰病人。

四，见死不救，是医生的第三条罪状。几年前听说一家乡卫生院出了一件事，据说首长在网上看了报导，发了脾气，让彻底查清。有一流浪女，饿得半死不活的，又被几个中学生打了一顿。有人把流浪女背到乡医院，那种只有几个人的乡医院。留在那儿的医生，可以说都是朴质木纳的人。而 04 年的时候，那些卫生院的医生，一月最多能拿四五百元，自己吃饭都成问题。见病人没钱，没进行治疗。病人出门，夜间死于路上。那位医生没有最基本的同情心，是非常的差劲。但在回过头再想：基层医院，碰上没钱的病人，抢救的时候取不出来药，医生签字后才可以取出来，最后钱追不回来，得从医生头上扣，为逃费病人垫钱。后来，只能违规操作，从公费病人身上把欠的药费挤出来，不怕大家骂，救了人自己得帖钱，说不上还得惹官



司。这样的事，你问开饭店的人，你问买服装的人，他们会干吗？但医生遇上不救不行啊，不说挨大家骂，就一个什么首诊负责，就能把自己送监狱。再回头说那位流浪女的事，如果让我碰上，我只能一边救一边请示院长，想从我工资扣，我就去院长家吃饭。一些不太重的病人，特别是有第三方责任的、打架的、撞车的、把握住伤情，在最危急的时候收不到钱，只有医院和首诊医生倒霉了。

上学的时候，有一位老师曾为自己当年在学校操场碰上异物窒息的小学生，当场用水果刀切开气管救了孩子一命而自豪。但现在，碰上这事，我会绕着走，除非是自家的孩子。那种情况，救过来的机率有 50%。救不活，人家会认为是你把人家的喉切开弄死的，不坐牢算你运气。就是救过来了，紧急情况下的切口疤痕和感染也会很麻烦。谁知道人家会不会找你事揍你，再翻出什么消毒啊，知情权啊，医疗处置常规啊什么的，也得进牢，还得赔钱。现在有别的科请我们去做气管切开的，不签字是不敢切的。遇到讲不清的家属，等字签好，说不上几十分钟一个小时，这些时间足以让病人失去生命或变成植物人。但知情权是神圣的，不签后边就有纠纷。当医生这么多年，麻木了，保护自己不进监狱是首要的。微博上曾经有过医生和护士抢救溺水和猝死的病人照片，但是那是口对口的人工呼吸。我相信，遇见这样的情况基本上每一个医生都会这样做的，但是最好有证人在场，有监控摄像为证，否则遇见不讲理的家属医生也后患无穷。

反正现在的体制下，医生全行业已经被整个社会拷问道德了。这个行业被全社会不认同，到底是社会的悲哀，还是仅仅是医生的悲哀？现在有点时间，说说医生的上班都干些啥活吧。以外科来说，今天下夜班。从理论上说，下夜班，8 点种交班后就该下班回家了。相信所有工厂的工人的夜班都是下班后就回家休息了。其他行业的夜班下了，也不会上班了。而下夜班交班查房后是 8 点半(算交得比较快的了)，别的医生都在开今天的药和检查。因为夜班提前开好了这些，就给管的病人换药，做治疗。然后和今天手术的病人作术前谈话。9 点半进手术室，接连做了两例手术。都是常见手术。快十二点的时候手术结束，处理术后医嘱。按说还得马上写手术记录，术后记录。累了、饿了，就先放一放吧。

全国所有医生住院医生都是这种轮班制，最多的可能 6 个人轮班，一般四五人轮班的最多。当科室小、人少、三人长年维持正班、夜班、下夜这样的周期，十一点半到一点半、五



点以后到第二天早上八点。但在上班期间大多数都得在医院，管的病人要处理，还有大量的医疗文件，还得手术。有时候早上交了班，病人都处理好后九点多十点可以回家，但常常是一个电话就得往医院跑，好在家离医院很近。出院病人的报销手续有问题，得去；有病人专门找你看病，得去；有熟人看病，得领着熟人找别的科的医生；同样，有同事的熟人找你看病，也不得不去；医院上级部门有啥检查，更得去。有哪一天下夜班所有事干完后能不再往医院跑，真是烧了高香了。

这两年医疗纠纷不断，相关部门也感到了这事的严重，就搞了个什么医院管理年活动。大口号提得很好，但更苦了医生们了。医疗文件写得越来越多，病人谈话签字越来越多，还有查这样达标，那样规范的。同行们应该都知道一个病人入院当天得写多少页字吧，一切都得按规定的八股形式来写。比如：诊断依据、鉴别诊断。一个老练的医生书写的病历，首程、在病史、体格检查、还有辅助检查中，都已经能表现得很清楚了，但还是必需把这些东西再一条条提出来，分个一二三条来表现。不管啥手术，都得有术前小结，当天手术的，那怕是急诊病人，也得写。什么都还得一二三条的列出来。所有的医疗文件不能写错了涂改，一页纸写得快完了，出现一两个错写，得重写。(修炼这么多年了，一两个错别字，已经能用刀片刮得一点痕迹都看不出来。)但一句话错了或者漏了，次序错了，肯定得重做。虽然天天都得写若干次那些没用的话，但也还常有写错重做的时候。如果被查出丙级病历，罚款在三级医院都是 100 以上；如果出现医疗纠纷，写错涂改被人发现，就成了涂改病历的证据了。记得几年前的一家三级医院的一位年轻医生在管理年活动中，受不了日夜加班的折磨，跳楼自杀了。当时是那家全市重点管理年示范医院抓得最紧的时候，后来别的医生从此解脱，医院不敢逼得那么狠了。医院再在病历什么上太挑，医生们开玩笑说：再把我们逼得没法活了，我们也选个人出来跳跳楼。

陕西商洛市中心医院有妇科病人出院前夜死亡，病历立即被封了。华商报立即炒作说，病人出院前死亡，医生却写好了出院记录，写的痊愈出院。一度在华商论坛炒得沸沸扬扬，又是医生提前假造病历啊，现在的医疗文件没可信性啊，实在看不下去了。其实是当医生的都是抽出所有空隙写那些医疗文件，出院记录，那是很形式化的东西。医生值班有空的时候，也是提前办好第二天出院病人的病历。否则，没出院病历，人家不给办出院，病人就会守在你面前

等。如果再有别的病人要处理，或者有手术，拖延了病人出院，本来计划上午出院的，下午才办好出院，上帝们又要说医生心黑，有意让病人下午办出院，好多收一天住院费了。

现在写那些医疗文件的时候，一点也不敢马虎，否则一点小疏忽就可能把自己送进牢。在网上常见的几个医闹，不就是抓了点小疏忽，到处喊冤么。最让人搞不明白的就是针对医疗行业的什么举证倒置。不是医生的，可能还不知道啥叫举证倒置，我就来解释一下：你要和别人打官司，说人家偷了你的东西，抓贼抓脏的道理谁都知道。你要有人家偷你东西的证据，就是所谓的谁主张谁举证；同样，你对银行、电信、别的服务业，认为人家有欺诈行为，你也得去找人家欺诈的证据。但谁主张谁举证这一放之四海皆准的原则，对我们最被社会骂的医生身上就不行了。有人要说看病时你误诊了，延误了人家的治疗时间，要你赔钱。人家只需告你就是了，医生得自己找证据来证明你没有误诊。所以在写病历的时候，每一处逻辑上的失误，就有可能使自己洗不清自己，小的赔钱，大点就坐牢吧.。其实，目前的大多数的所谓纠纷，绝大多数不一定都是医生的责任技术原因造成的。在保险行业，有个叫不可预知的说法，放在风险最高的医疗行业就没一点用了。有人对治疗不满意，在医院闹闹，医院就得多多少少赔点钱，更别说死了人了。举例说青霉素假阴性过敏死亡，在药典上，在法律上，这种风险都和医院没关。但哪个医院倒霉碰上这种概率很小的事，医院门口不摆上一周花圈，最后不高额赔偿是不可能收场的；再比如，有病人胃部不适看门诊，有经验的医生给你开个心电图，当下大多人都会骂医生心黑，开了不必要的检查，但一些心梗病人的最初表现，就是胃部不适。有医生看病的时候不黑，只给你开了胃药，出医院大门，病人挂了，肯定要闹事。最终要医学鉴定，社会上又会说，鉴定的都是学医的，都受卫生行政部门操纵。那我就不明白了，还有哪个部门还能搞出科学的鉴定来。即使最后尸检了，发现病人死于心梗，医生误诊漏诊的罪还是免不了。医院不得清静，医生很可能会先挨打，后坐牢。造成目前这种局面，还是因为社会现实与医生这一职业的背离的几个原因。

第一是社会期望与医生的作为相背离。多年以来，社会给医生披上了什么“白衣天使”、“白衣战士”的光环，还在给医生讲什么医德，什么奉献。医生奉献了吗？每天高风险、高负荷的工作，不高的收入，算不算奉献；非典来了，在前钱抢救病人，有的连生命都没有了，还有的严重的股骨头坏死，得终身坐轮椅，算不算奉献；地震，在救灾第一线的有没有医生护士

的身影？不说每一次的第一线，每震一次，不在震中的医生护士们得往楼下抬一次病人，过两天上级部门说解除警报，又得把病人往楼上搬，再一摇，又得再抬。五月到六月，这样折腾了三次。更气人的是，疏散病人的时候，一些陪住的家属扔下自己的亲人抢先跑到楼下，然后指责医生护士没有最先转移他们的亲人。这样的事，在汶川地震有影响的地方，多了去了。地震期间除了这样来来去去的转移病人，还得搞什么防震值班，虽然最后没出现什么大的震情，但有二十天左右是二十四小时在医院待命。孩子没法管，只好送回老家。既然当了医生，碰上重大突发事件，就得象战士一样，没有人退缩，也没有人敢退缩。但是在天使的光环下，所有人却以为天使们应该只奉献不索取才对，但断了粮的医生护士们，就是天使也得活着才能继续奉献吧。当前大家说的什么乱开检查，只能说一些边缘上的，可能会有些更多的是病人需要查才能搞清病情，或病历资料必需要有的。常在网上看有人说以前的医生通过听诊什么的，就能诊断清楚病清；现在的医生看病全靠检查。但大家有没有查查六七十年代的误诊率是多少，病人死亡率是多少，治愈率又是多少？在那个时代，大多数人有病，更是得再家忍着等死。那个时代的医疗费用是低，但和当时的工资物价一对比,大家应该会看出点啥吧？

第二是病人对治病的期望值和目前医疗条件，医疗技术的背离。很多人都认为，我去看病，医生就应该给我诊断清楚，给我治疗满意，稍有误诊、漏诊，就会庸医庸医地骂不绝口。但是，医学上的很多难题到目前还没搞清楚。现在的病人，这看看病，那买点药吃，到医院的时候，往往使得本来很典型的症状变得不典型了。在这个时候，医生只得靠一些检查来诊断。还有，目前中国的医疗条件和发达国家还没法比。日本是目前全世界胃癌发病检出率最高，病死率最低的国家。人家在每年的国民体检中，常规要作气钡双重造影，要拍几十张片子，然后专门医生一张张读片子，粘膜下癌，甚至原位癌都能发现，然后手术。因为在这期间的癌变还没任何转移，术后也不用什么化疗放疗的，癌变就没有了。在中，所有的癌，等你有了症状，再来医院做一系列检查确诊，至少也是中晚期了。医生不是神，所有病的诊断都是经过自己的医学知识、医学经验，加上必要检查综合分析得出来的。是要把一系列很零乱的症状、体征检查综合归纳、分析后才能得出结论。更何况好多病人对症状的表述并不是那么有条理，医生得从你很多的不适感中找出主要的，然后再考虑你可能是某一系统的疾病，再通过检查才能确诊。而对于某一症状中，可能出现的某一高危病变，那就得先作检查以排除其他的疾病。比如非典时的发热门诊，谁都知道发热的，除了非典，还有多了去了的其它病。但在那个时候首先

得排除高危的非典。再比如咳嗽、咯痰、低热，你只让医生给你开点感冒药就是了，但一个有经验有责任的医生，得给你拍胸片，以排除肺结核、支气管扩张甚至肺癌等等。片子拍出来，看肺上啥问题都没有，不用说，目前的中国病人，都会骂医生饭桶。遇上中国目前的病人，真是我辈的一大不幸。

第三是医生高风险、高负荷劳动与医生个人价值的背离。医生在生存，医院也要生存。政府搞医疗市场化，不就是想自己脱离责任，让医生挣病人的钱吗？医生讲医德，不想挣病人的钱，来一个，开上几块钱的药。一月下来，自己连稀饭都吃不上。更何况一个医院的发展，一些检查设备，动不动就是几十几百万。医院不更新换代，会被医疗现场淘汰。这些设备，都是从医院的收入积累中挤出来的。更何况，医生的诊疗手术，需要很长时间的知识积累。本科除了医学，别的都是四年。毕业后还得考这样考那样，还得进修，除过上学、工作后没有五年，是不可能成长为一位在各方面能独挡一面的医生的。最快五年，再加上本科五年，没十年是不可能的。但医生的收入咋样？全国所有的公立医院，都是档案工资。在档案上，大体和同等学历工龄的教师相当，但都得自己挣出来才有。几年以前在我们这儿的一级医院，领不上多少奖金的医生大有人在。那些乡一级的医院，本来就没几个病人，在职的勉强能糊口，再负担退休人员的工资，自己也别活了吧。药品提成，大体是 2000 年后才悄悄出现的。但在这条利益链上，养的人不少，只有医生是背着骂名的。一个医院取消那玩意很容易，注意监控或者不让进那些药就是了。但是年年的药品招标，最后那些药都很合法地进了招标会场了。上级部门要整顿药品现场，最简单的就是别让那种差价很大的药进入招标就是了。医生的工资就那么一点点，工资有保障，严禁药价出厂，到医院这些环节的层层加价，那些问题不就是没有了吗？但改革这么多年来，这些药却越来越多，问题出在哪儿？只是医生的吗？

医生的个人价值，除了收入，就是成就感了。成功地救活一个病人，完美的一台手术，都是医生的成就感。但你救活一百个病人，在讲奉献的空话的社会下，别人认为那是你应该干的。有人就遇上过到通过自己的知识，救活了病人，自己都觉得感动，但最后面临的是病人欠费，最后逃费了，医院要在他头上追欠。刚刚涌上心头的一点点成就感立即化为乌有，变成一种说不出的沧凉感了。更何况，一百例之外，如果出上一例难以预料的问题，不说病人死了，

就是术后有一点点不大的问题，你就别想清静。这几年医生挨打，甚至被捅刀子的事，在各地时有发生。上班的每一天，都在许愿，别让这样的事发生在自己身上。

当前医患关系紧张的原因

当前，医患关系紧张，医生执业环境十分险恶。原因是多方面的，有制度和医疗体制上的原因，也有患方素质上的原因；有医德医风滑坡的原因，也有媒体对此刻意放大和炒作的原因…… 但归纳起来，我认为最为主要的原因有 3 个：一是法学界对医疗行为，或者说医-患关系的法律属性没弄明白，即定位不准；二是医疗资源配置不公，使人们对政府不满情绪转移到了医院或医生的头上；三是医疗风险的保险机制缺失，进一步引起人们对政府的不满和对医学的误解。三者互为因果，恶性循环……

首先，最为主要的原因还是第一点：即法学界对医疗行为，或者说医-患关系的法律属性没弄明白，对医-患关系或者说医事法的定性与定位不准。我国法学界连医事法、医患关系是什么，它的属性是什么都未弄懂弄明白，当然就不可能有公正的处理。其次，在新世纪初，世界卫生组织对世界 202 个国家和地区的卫生资源分配的公正性排名，中国被排到了第 199 位，居世界倒数第 4。医疗改革的结果不是减轻了病人的负担，而是减少了政府对卫生的投入，增加了群众的负担。由此造看病难、看病贵，引起群众的不满。广大病人的这种不满情绪直接地或通过传媒均有意无意地转嫁和发泄到了医院和医生的头上。

其三，世界多数国家都实行医疗风险强制性保险制度，这就是说不是医疗事故，像医疗意外引起的不良后果，患者也是可以得到救济的。而中国则没有这种保障机制。这样，就把中国的医生推到了矛盾的风头浪尖上。





医患关系是求助与救助的关系，不适用《合同法》和《消法》调整

医师的维权是一个十分沉重的话题。由于医事法学是一门很复杂的新型边缘学科，多数法学专家和媒体对医学科学多不甚了了，认为医生看病也就像生产厂家修复一台家电那样简单，更由于他们对医患关系的法律属性缺乏了解和研究，往往偏面地强调患者是“弱势群体”，把医生的充分注意义务强调到了一个现代医学科学都无法达到的程度，并十分错误地认为医患关系就是什么“合同”关系或者“消费者与经营者”的关系。这样，就使建立在信赖基础之上的医患关系变得恐怖而不可信赖。其实，医患关系是一种十分复杂的关系，不是用一两句话，或用现存的法律模式就可以解决，或者用传统的法学理论能够解释的。可以讲，在传统的法学理的构架中，尚没有将医事法律关系和医事法这一部门法纳入到法学的基础研究范围，独立的医事法理论体系，尚未确立。

不可否认，在医患之间确有一定的消费关系(如药品、器械的使用或买卖)，也存在有委托与代理关系(这有点类似当事人与律师之间的委托代理关系)；既有行政法律关系(如传染病防治、计划免疫接种、妇女保健等)，也有指导(主导)与配合的关系(或是师生)关系；但以上这些关系，都只是医患关系中的一种很次要的关系，其地位就像存款的“利息”和“本金”一样，是处于一种十分次要的地位，并不能体现医患关系的本质特征。 医患关系的本质是一种“求助者”与“救助者”之间的关系；所谓“救死扶伤”实行人道主义，我国古代医家提倡的“医乃仁术”、“悬壶济世”指的就是这种关系。从这种关系上讲，尽管患者属于弱者，但医-患的利益是高度一致的，因此，他们之间不应当是对立关系。而是一个战壕里的“战友”，他们面对的共同“敌人”是疾病。同时，在“求助者”与“救助者”之间（即医患之间）还必须有一种很好的互动关系。任何医疗行为必须经医患双方的互动才能完成并达到预期的疗效。

一讲到互动，人们往往只理解为患者及其家属有意识的主动配合治疗，如遵守医嘱，交纳医疗费用等。但只是一种主动的、作为的、积极的、有意识的、精神的、外在的、自愿的、显性的一种配合与互动的关系；此外，还有一种互动往往不被人们所认识，就是患者肌体本身所存在的抗病能力，这是一种内在的、无意识的和潜意识的、隐性的互动关系。这是一种更为重要的互动关系。



如有的老年、晚期衰竭病人虽经全力医治仍不能起死回生；现代医学不能对艾滋病有所作为，就是因为肌体本身已丧失了抗病能力或免疫能力低下所致。这是因为艾滋病侵害的是肌体的免疫系统，而现代医学又未能找到一种能恢复其免疫功能的有效方法，故再高明的医生，对于年迈、晚期衰竭病人、艾滋病病人往往无能为力。这就像教师用同样方法，同时为 100 个学生授课，但所教出来的学生成绩却各有不同一样，如有的大学生整天沉溺于电脑，从来不听课，不看书，再高级的学校、教师对他又有何用呢？其实，医生对于病人也有类似情形，如果患者不予以配合（互动），那么，再高明的医生也必将一事无成。

现在，一旦出现治疗失败或疗效不满意时，患者及其家属往往迁怒于医方，认为是医方医术水平低下或者是犯有医疗过错所造成，这是很不客观、很不公平的。有无医疗过错，必须经法定鉴定机构的鉴定或经法庭的辩论质证才能认定。

目前，世界上尚没有一个国家的法律规定有适用《合同法》或《消费者权益保护法》(下称“消法”)来调整医患关系的。对于医患关系并不适用合同法调整，笔者曾在贵报 2006 年 2 月 10 日《医院周刊》第 2 版已有专门论述，这里不再重复。在这里需要补充说明的是：既然医患关系不受《合同法》调整，同样也不应当受《消法》调整。

不能否认患者看病也是一种消费行为，但医患之间的消费行为是不可用“消法”来调整的。这是因为《消费者权益者保护法》适用的主要是市场经济中(即一般的)的经营与消费关系，并不涵盖所有的消费行为。对此，“消法”第二条及第三条已有明确规定。尤为重要的是，我国法律对“消法”的基本要求并不适用于医患关系，如我国“消法”对经营者与消费者双方的基本要求是“诚实信用”、“等价有偿”；其中消法第四条规定：“经营者与消费者进行交易，应当遵循自愿、平等、公平、诚实信用的原则。”所谓“诚实信用”、“等价有偿”，就是你给钱，我就为你服务；你给的钱多，我就服务得更好。

若对于医疗服务仅仅要求做到商业道德中的“诚实信用”标准，这将是十分危险和十分可怕的，是对医师执业道德的一种倒退！

所谓“等价有偿”，其实就是一种交易，而人的生命与健康是不可用作“交易”的。若将医疗行为纳入消法的调整范围，这无疑是将生命和健康作为交易，人们就会将商业服务中的“诚实信用”、“等价有偿”的商业道德准则，套用到医-患关系中。这样，就意味着医-患关

系就是一般的市场经济杠杆下的经营者、服务者与消费者之间的关系，就是“平等主体之间”的合同关系。按照这种认识，一方面，对于“经营者、服务者”的医方来说，它必然要以追求高利润和高经济效益为目的，这与医疗卫生事业的“救死扶伤”的天职是背道而驰的，同时，也与《职业医师法》第 24 条：医师不得拒绝抢救；第 28 条：在遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故时，医师应当服从调遣的基本执业道德规范和要求是相悖的。用民法或消法调整医患关系，它给社会带来最直接的负面效应是医院和医生也要一切“向钱看”；既然一般的商业服务和医疗服务都同属民法、消法或合同法调整，那么，服务员小姐可以收取小费，医生收取红包当然也就成为“天经地义”的事了。这样，以救死扶伤，治病救人为天职的“白衣天使”，在人们的眼中便成了唯利是图的商人，这就像开棺材铺的老板那样：希望人死得越多，其生意就越兴旺发达。那么，医院也会在“病人越多，医院就越能赚钱”的潜意识的驱使下，放弃“预防为主”的原则，由此医-患关系将变得恐怖而不可信赖。从而使有很高职业道德要求的公益性事业，降低到了只须有一般职业道德要求的商业性服务的水准上。这实在是一种倒退！是造成当今医德医风大滑坡、医-患关系急剧恶化的主要原因。另一方面，对于用“商业消费”的眼光来看待医疗服务的患方来说，无疑会像商业服务那样，求医方实行“三包”：即“既然我按你的要求支付了医疗费用，‘合同就成立了’，那么，你也理应按照我的要求，将我的病进行彻底的根除。”只要治疗失败了，或者未能达到病人所期望的效果，便认为是“违约”或“违法”，“我便有权起诉你，要求你承担违约及违法责任。”这种认识，由于违背了“科学是允许失败的”、医学是把“双刃剑”及医疗消费的“不等价有偿”等基本特征，这无疑会造成大量冤假错案的发生，增加双方当事人的讼累，从而激化医-患矛盾，毒化医-患关系，使医-患双方的合法权益都受到损害。例如：在“5.1”和“10.1”黄金周和春运高峰期间，铁路、民航、交通运输部门都可以趁机涨价，美名其曰：“用价格来调控客运高峰。”那么，在 2003 年 SARS 这个瘟疫来临时，因病房紧张，医院也趁机涨价行吗？

八十年代，上海甲肝大流行，板蓝根成了奇缺物资，当时也确有一些医院和药店趁机对板兰根制剂进行涨价，结果都受到了惩罚。为什么前者在资源希缺和紧张时，可以趁机涨价大捞一把；而后者却不能呢？这正说明了医患关系及医疗消费，它是不受“消法”或“合同法”调整的。因此，医疗行业它有着比商业服务行业更高的职业道德准则和要求；同时根据权利义务对等原则，医生也理应享有一定的豁免权和较高的社会和经济地位。



正因为医患关系不具备“消法”或“合同法”的基本特征，这样，若硬性适用“消法”或“合同法”来调整医患关系的话，必然造成人们同时用双重标准，即要求医生在从事医疗服务时，适用的是一种比行政法对公务员的要求更高的标准，然而，在适用医疗赔偿时适用的却不是行政法所惯用的“国家赔偿法”的标准，而是适用民事赔偿标准。使医生们受到双重不公和处于无所适从的尴尬境地。若用同一标准——消法关系来要求医生的话，则只能是一种倒退，是极不道德的。因为它降低了医疗服务的道德要求，违背了医疗事业的救死扶伤和预防为主的宗旨。这样，最终受到损害的是我国的卫生事业和广大患者的利益。

医生，患者谁是弱势群体?

对于这一问题的提出也许有人会觉得奇怪：难道这还用问吗？全世界都公认“患者是弱势群体”，“医生是强势群体”；从未有人认为“医生是弱势群体”的。“医生是弱势群体”，而且是非常弱小的群体！这不是信口开河，是有充分事实依据的：在医-患这对矛盾中，医生是弱势群体，患者的强势群体，而且强得不得了！医生和患者，若从对医学知识的掌握和职业的角度看，前面已经讲过，医患关系主要是“求助者”与“救助者”的关系。所以，从“个人对个人”角度而言，医生确实是强者，患者是弱者，这是毫无疑问的。若从“群体”来讲，尤其是一但发生了医患纠纷，患者就是强势群体，而医方却成了弱势群体。这是因为：一方面，这时已经产生了医疗失败（医学回天乏术）或者医疗过失。首先，从心态上来讲，医方就处于一种遗憾、自责、谢罪，以及因遭受攻击而处于防守的心态；而患方则是处于一种不满、愤慨、指责、怪罪与进攻的心态。另一方面，更为主要的是：我们每个人“只要活着就要生病”。所以一旦发生医疗纠纷时，600 万医务人员所面对的是 13 亿病人！600 万相对于 13 亿是十分渺小的！说“患者是弱势群体”，从逻辑学讲是犯了偷换概念的错误。将医学知识上的“弱势个体”，偷换成了医疗官司中的“弱势群体”。况且，支配着舆论导向的媒体，握有司法生杀予夺大权的法官、检察官、公安人员，握有立法重权的行政长官、人大代表、政协委员们，以及对法律有解释权的法学家们，他们都是“病人”。这些人一般都只有做病人的经验，而没有做医生的经验；从知识结构来讲，所有的人(除了专业医生外)也同医疗官司的原告人(病

人)一样，也是不懂医的或者对医学科学知之甚少，而容易对医学产生误解的人。所以，一旦让这些人介入医疗纠纷，一般都会自觉或不自觉的从“病人”的立场观点上来看问题，而很难会站在科学或公正的立场上来看问题。这对医生是十分不利的！

举个例子：当发生医疗纠纷后，在进行协商解决时，每当病人提出很高的赔偿要求，而医方表示不能接受或难以接受时，患方往往都会给医方丢下一句话：“你不答应？那好吧，我就找媒体曝光！”明显这是一种威胁。其潜台词是：“媒体一曝光，弄得你医院声誉扫地，不仅你院长可能当不成，而且病人也会明显减少，就个损失就大了，就不是 10 万、20 万的问题，可能就是几百万的损失问题。我现在只要求赔偿十几万，你好好掂量掂量吧！”这就怪了：本来媒体也是应当站在公正的立场上，只能根据事实和法律，予以实事求是的报道。但这时患方还没有向媒反映情况，媒体还没有来得及向双方当事人调查，还没有了解事实真相，你患者怎么知道媒体就一定会为你患方讲话，而不会为医生讲话呢？

这是因为医患双方的心理都清楚：记者也是“病人”，一般来讲(当然不是绝对)，一旦有媒体介入医疗纠纷，媒体都会自觉或不自觉地站在患方的角度、立场上来看问题，都会为患者讲话的。所以“媒体曝光”就成了患方对医方的一个“杀手锏”。面对患方使出的这个“杀手锏”，医方只好作出让步，患方是屡屡得手。媒体的立场是如此，那么，医疗案件到了法官、检察官、人大代表、政协委员及行政长官的手里又何尝不是这样呢？所以医疗官司总是患方胜诉,医方败诉。《人民司法》出自江苏省高级人民法院的一篇报道：患方胜诉率为 80%-83%。患方几乎一告一个准，医方几乎每诉必败，这显然是不正常的。仗着有 13 亿对 600 万的优势，有些患者对待医院和医生是到了无所不用其极和无所顾忌的地步。什么在医院设灵堂停尸闹丧、砸打医院、殴打侮辱医务人员，甚至杀害医生的事也屡有发生！

其实，在法院不是也常有被错判或错杀事件发生吗？发生在公安部门和羁押所里的因刑讯逼供所造成的伤残或死亡事件也时有所闻。但为什么没有发生将尸体抬到法院或公安局去停尸闹丧的？这是因为中国的弱者，总是向比他更弱势的群体下手的，“丑陋”中国人的劣根性向来如此。





对医院和医务人员应有专门立法予以保护

无数事实证明，医生明显处于弱势。在这种情形下，医院和医生要靠配保镖或练武以求自卫，实在是无奈之举。这不仅仅是医生的悲哀，更是我国医疗卫生事业的一大悲哀。因为这样做必然会增加医疗成本，从而加重病人负担；或者加大医院开支，从而减少医生个人的收入。但“两害相权取其轻”，正是因为我国法律适用的是极为不公的“双重标准”处理医患关系，对医院和医生的合法的权益保护极为不力，加上媒体的喧染与炒作，才产生了患者及其家属砸打医院、殴打医生的情形愈演愈烈，甚至杀害医生、爆炸医院的恶性事件也时有发生。这样医院和医生连宪法赋予的基本的人身安全都没有保障的情形下，为了维护自身的合法利益，为医生配保镖；为防止医生被打，以至于让医生练武以求自卫，也就成为必然事情。医患的利益是高度一致的，损害医方的利益，使医院和医生无法正常开展工作，其实也是对病人利益的侵犯。医院是“治病救人”的场所，不少病人是经不起骚挠和惊吓的，“人命关天”，因此医院是个比其他机关，诸如行政机关、科研重地都更为重要，更需要有良好的工作秩序，更需要受到特别保护的场所。

在当前医患关系紧张，医生执业环境十分险恶，而又得不到法律有效保护的情形下，医生练武以求自卫是无可非义的。我国宪法和相关法律规定，当公民在遭受不法侵害时，有自卫的权利；真正需要检讨的是我国的医疗制度和司法体制。鉴于医院和医生的弱势地位和其合法权益屡遭侵害，而得不到法律的有效保护的现实。说明只有一般法律，如用《治安处罚法》、《刑法》中的“扰乱公共秩序罪”、“伤害罪”、“侮辱罪”、“打砸抢罪”等罪名，已不能使医院和医务人员的合法权益得到有效保护。因此，必须对医院和医务人员的合法权益，要有专门立法予以保护，即像保护公务的履行，设立有“妨害公务罪”；为维护司法的严肃性而专门设有“煽动暴力抗法罪”、“妨害司法罪”那样，在修改刑法时，专门设立一项或几项“扰乱医院工作秩序罪”、“暴力妨害医疗工作罪”、“殴打医务人员罪”、“侮辱医务人员罪”等罪名，是十分必要的。

最后说，徐文医生，我希望你早点恢复健康，能够实现你重新上手术台的梦想！凶手应该受到法律的严惩！我们一直在忍耐，我们一直在等待，青天、法律、国家，你们看看躺在病床



上的徐文吧，固定的姿势，一动不能动，到处都是骨折，我们想给她按摩一下吧，无法下手，全身都是伤啊，她经过 9 个多小时的手术，才挽留住了生命，但还要经受煎熬，这一切都是为什么？为什么这么好的人要遭受如此的罪孽？她手术麻醉后意识慢慢恢复过来，还没有完全清醒，眼睛半睁半合的，眼泪从她的眼角静静的流出，我不知道在这朦胧的意识中，她感觉到了什么，是她想起了她记起了那些她还没做的手术，那些等着她的病人，还是其他……？但是令人惊讶的是，徐文清醒以后的第一句话竟然是："我还能做手术吗？"在场的医务人员无不为之动容，在场的医生护士都是成功的抢救不少这样的病人，但是徐文说的这样的话的病人，他们真的是第一次遇到。徐文在煎熬，医务人员在呐喊，有良知的全国人民在声援！这是我们的要求，这是我们的底线，法办凶手，还天使公道，还人民青天，重树政府公信力！到现在的时候凶手已经判明：行凶男子叫王宝洺。一个名为"草根书法家王宝洺"的博客。按上班安排，徐文周四下午是在东楼出诊，因查看病人档案，才来到西楼。事后不知为何遭遇了砍伤她的人。公安局和法院会给广大网友一个满意的回答的。

（张友平，北京同仁医院主任、教授。原文链接：http://blog.sina.com.cn/s/blog_3f7db8260102dt2n.html）

【返回目录】

【辩】

9-3 六六：理解医生，态度决定医患矛盾

“重新建立起一种良性循环，一定需要有一方，先伸出手来。相对而言，可能医生更简单。这就是我为什么要写《心术》，我希望它可以为双方打开一扇门，架一座桥，从相互怀疑敌视，到相互换位理解，尽量去信赖这个世界，我们就能增加安全感，幸福感。”



打破对医生的成见

2007 年对我是很糟糕的一年，母亲被检查出乳腺癌。

术后很久，我和母亲都在讨论这个手术的意义。母亲在手术后活动起来，经常胳膊疼。她甚至一度怀疑这个手术是否真的必要。

而我不仅仅跟母亲讨论，也跟不同的医生讨论。我惊奇地发现，不同的医生对这个手术的必要性有完全不同的见解。一部分人认为乳房对于我母亲这个年纪的人来说，已经失去意义了，而生命高于一切，割除是最安全有效的方法。另一部分医生则认为，这么早期，近乎零的癌细胞，局部清扫一下即可，创伤小，人活着不仅仅是生命，还要注重生命的质量。

给予我不同信息反馈的两派医生，全部都是我的朋友，忠诚可靠，不涉及利益。

于是我知道，排除在床位、红包、回扣等等之外，医生本身之间在同一病例上都有不同的理解。医生是这样一个行业：它不是 ISO9000 标准管理系统，它全凭主观和经验。即使有先



进的科技保驾护航，但在治疗上，依旧以个人判断以及对医学的认知水平为基准。不同的人，标准截然不同。

因此我有理由相信，我们对医生的了解，很肤浅，很片面，大多来源于报纸媒体等的宣扬，我们张口提及的都是医疗事故、掩盖、医药代表、过度医疗等。

2008 年夏天，我母亲又被查出有脑瘤。这里我要提到一位医生，他姓孔，是在我母亲第一次动乳腺癌手术的时候结交下的医生。母亲对他几近于迷信，无他，他在母亲这里有权威，且愿意担当起医生的责任，是他替母亲做出决定不要化疗了，因为化疗对极早期癌症来说意义不大，还伤身体。他的一句：“你相信我，出事我负责！”让我们从此坚定地跟他走。

我母亲一次去见他，跟他说自己三叉神经疼，孔医生对母亲端详半天，建议母亲去做个脑部检测，他说：“我怕里面不好。”事实证明他的判断是正确的，母亲大约是几年前起，脑部生长良性肿瘤，现在长大压迫面部神经了。

母亲在上海华山医院接受了第二次手术。

华山医院神经外科大名鼎鼎，赵本山的脑溢血就是在那里治好的。我又一次与医生打上交道。医生的共性是，如果你只与他们见一两次面，你会发现他们大多冷面，难开笑脸，“冷漠”是第一印象。他们说话谨慎，善用边缘词汇，诸如大概，可能，也许，百分比。当我开始设计《心术》这本小说的时候，曾经想将这所医院的院长设计为反面典型。他是我的朋友，只有朋友可以说了不被告。带着探究黑幕的心理进院，直到后来我才明白，从院长到所有的医生，敢于敞开门让我进去看的原因是，他们觉得能写的黑幕，早就被写完了。最差不也就写那些吗？

你该怎样信医生

最终促使我走进医生的世界，从一个病患家属的眼光转为医生的视角，是缘于我偶然病倒住院。人在虚弱的时候，我发现是最悲观失望对一切产生怀疑的时候，我把医生当作精神寄

托，也不断质疑他们每句话的潜意思，他们是不是暗示我，我已经病入膏肓了？他们是不是故意把我的病说得很严重，以方便榨取钱财？我在负面情绪中摇摆。

等我转危为安以后，决定走进医生的世界。我被医院同意，以一个医生的身份，走进了医生的世界（注，约半年）。

一天，我和吴教授出台会诊。

我坐在吴教授身后，听某女病人如下对话："医生啊，我们那边的医生让我过来看看，说我有垂体瘤，麻烦你给看看。"

吴教授："你没有垂体瘤，CT 里没有任何明显指征说明你有垂体瘤。""可我为啥不怀孕呢？""这个你要问妇科大夫。""妇科大夫说了，我不怀孕是因为长了垂体瘤。"

"可我说了，你没有垂体瘤。你相信我还是相信她呢？""我不是不相信你，可我要是没有垂体瘤，为啥不怀孕呢？""同志，你到底希望长瘤还是不希望长瘤？""我不希望。""那我跟你说了，你没有垂体瘤啊！你去妇科再看看。"

……

那一个下午，吴教授需要这样鸡生蛋蛋生鸡地解释给病人很多遍类似的问题。人对于医生的信任应该怎样才能够建立起来呢？

去年我摔断胳膊，医生告诉我有两种治疗方案，一种是保守治疗，让骨头长在胳膊里，缺点是有可能以后阴天下雨疼痛。另一个是开刀治疗，取出碎片，缺点是有可能损伤运动神经。

正常情况下，医生会说："我告诉你两种后果，你自己决定治疗方法，我不能替你做决断。"

这个医生我信任他，我让他替我决断，他最终让我不开刀保守治疗。我的信任，为我省了一刀的费用和疼痛，且保护了我的运动神经。目前为止没出现下雨疼痛的症状。他因我的信任而担负了责任。这就回到了一个问题上，你该怎样信任一个医生？

信任一个人，就这么困难吗？



医生的委屈

在医院时亲身经历这样一件事。有个孩子，五岁，病毒反复感染角膜，视力迅速下降，一周前还 0.8，到眼科的时候就只剩 0.1 了。那天接待他的医生是小波。小波和他素昧平生，一听说这状况就急了，带着这个小孩楼上楼下地跑，要最快时间做出各种诊断，尽早手术。

我是跟着后面楼上楼下地跑的。做到一个房角测试检查的时候，小波刚推门，有个七十多的老头就拿拐杖撑住门，说，你们医生就是这样腐败的，利用职权，老是插队！那要我们拿号干吗？他一说，群情激愤。小波只好解释说，这个小孩只有五岁，马上就要失明了，要抢时间。

老头说，我们这里哪个不是要失明的？我们为做这个检查，哪个不是排队好几个礼拜的？谁都不能插队。

小波解释说，你能等，小孩不能等。

老头说，谁都不能等！疾病面前人人都一样。

我当时真想煽他耳光。我一气之下一把拉过老头说："你都这么大岁数了，看不见有什么关系？他才五岁，你七十多的老头跟个小孩计较？"

老头拿拐杖打我，要不是小波拉着我，我肯定就煽过去了。

你们没见到那个孩子，不知道他多可怜。你不拉他的手，他就会顺楼梯滚下去。后来小波跟老人说，你先看，你看完了我们再看。

老头一本正经地说，我就是维护正义的。我不看，我看在这里，大家都看完了我才看。

我的眼泪当场就下来了，我都不知道为什么对小孩子这样投入情感。也许是自己有儿子，不忍心看小孩受罪。

小波说，以前就出现过这种情况，他为此难受了很久。有个小孩做手术，排队排得一点一点视力弱下去，手术前一天晚上还能数清楚几个灯泡，第二天上了手术台，又撤下来，因为完



全没视力了。对小孩而言，时间就是视力。他到现在都在自责，如果当天晚上加班给他做手术……

所以我非常理解他这次为什么如此投入，其实是在弥补过去自己的内疚。

我们总拿放大镜挑剔别人的缺点和过失。

却对善良和恩惠坦然受之。

人和人之间的信任感恩，就是这样毁坏的。

医院的信、望、爱

我在手术室遇到个我以为要死掉的男人，全部的人都觉得他不行了。

但医护人员明知不可为而为之，最后关头奇迹发生。这个人在经过十几个小时的抢救后，救回来了。连医生都擦着汗说："他命大！"

所以我希望病患家属，对医生要多些感恩，少些责难，要知道，神明再保佑，医生放弃治疗，管子一拔，啥都没了。

在医院呆的这一段，让我非常清楚地认识到，无论你病患家属什么态度，医生护士再委屈，内心里是有杆秤的，不会因为家属的不理解，纠缠，吵闹而放弃一条生命。《圣经》上说，这世界有三样东西对人类是最重要的，FAITH（信），HOPE（望），LOVE（爱）。我认为，我能看到的对这三个字最好的诠释，就是医院。

我曾在手术室里看见医生一针一针缝脑膜，这是一门几近失传的手艺，因为费时又费力，大多数人都用人工脑膜贴上当补丁完事。我问他你为什么做这样的活啊！他答我："我练手艺，艺不压身。"后来熟了以后，我知这位病患来自福建山区农村，年收入都负担不起这台手术，一块脑膜要八百多元，他用自己的时间和手艺，替他省了。



他做这样的好事，躺在病床上的病人，永远不会知道，新闻媒体也不会报道他的善心。如果恰巧不是我站边上，又多话好问，这样的事就湮灭了。我知他也拿红包，也拿回扣，也推荐最贵的药给富豪，但同时，他和他的同事们，每个月都在为付不起医药费逃跑的人们垫资。

如果我们有非常完善的健保制度，药品公平竞争进入市场，由病患自己选择，医生只有处方权而没有推销权，国家提高医生问诊的待遇和专业技能的待遇，而药物因渠道畅通价格低廉，医保局不是只下拨医院固定的数额，余额让医院自己补齐解决；那么，我们或许就能从医生和病患的直接对抗中走出来，就不会再把原本属于制度的问题，直接推及到人与人之间的诚信上去。

态度决定医患矛盾？

我在医院碰到一个非常有意思的医生，一度颠覆了我对医生的全部判断。

他是医院里处理医患纠纷的院长办公室主任，他本人也是一位医生。他跟我说，你写的小说都是浮在表面的：我告诉你一个事实：60％的医患纠纷，责任都在医院。

这句话对我实在是太震撼了！

他说，病人到医院来是干什么的？看病的。谁吃饱饭没事干，到医院来吵一架弄点钱花花？

病人来闹，就是因为医疗不顺利，就是有问题。什么样的问题？我认为是态度问题。有的时候的确是医生的责任心不够，疏漏；有的时候是态度不好，解释不到位；有的时候是给病人的期望值太高，最终没达到。所有的这一切，都是医生的问题。

他说，你各个医院走一走，大部分医生可能职业生涯里都会有被投诉的经历，但经常被投诉的，就那么少数几个。我一直认为这就是害群之马，就是这几个人坏了医生队伍的素质。他们没有责任心，没有同情心，没有怜悯心，把病人当机器，把自己当操作员。他们的口头禅就是工厂产品都有 2％的次品率，我们医生一天都看一百个病人，怎么不能错两三次？有这个态

度放这里，他就不配当医生，这和你待遇高低、公平不公平没有任何关系。你增加了病患的痛苦，你拉长了治疗的过程，你多花了病患的钱，你就是坏人。

他说，我工作一生，门诊一天看病八十个以上，每个患者一到两分钟。我的手术也有成功也有失败，但没有一个病人投诉我。因为我以心换心。病人进门，你冲他笑一下有什么难的？你的说话语气加一个请字，有什么难的？来看病的人，你当他们都是你的父母，你的兄弟姐妹，你的小孩，你会这样呼来唤去居高临下吗？

他说大部分病患都是通情达理的。你工作做到位了，他们大多能够理解。他们要的也就是一个平等对待，争的是一口气。

他的说法，被我在医院里当“卧底医生”的那段经历验证了。对于一个完全没有医学背景的人来说，我起到了甚至连医生都起不到的作用，这是令我极其诧异的。病患是病急乱投医，他们只要看到一个穿着白大褂的和善的面孔，挂着照片和名牌，就会像抓住救命稻草一样地倾诉。我的医生朋友们在解决完他们的工作以后，便将这样一部分病人转移给我，我的功用就是出借耳朵和同情心再加上温存软语。

我抽出相当一部分时间听他们说疾病的起源，家庭的纠纷，老板的残酷，未来的担忧，甚至房贷还有多少没还等等，听到动情处，我会提出我的意见甚至给予拥抱。在我离开医院以后的好几个月，还有病人跟人打听那个“张大夫，人特好”。

所以我尽量地告诉医生朋友们，你如果换一种柔和的语气，多说哪怕一句关爱的话，病患和家属，都对你恨不起来。

重新建立起一种良性循环，一定需要有一方，先伸出手来。相对而言，可能医生更简单。

这就是我为什么要写《心术》，我希望它可以为双方打开一扇门，架一座桥，从相互怀疑敌视，到相互换位理解，尽量去信赖这个世界，我们就能增加安全感，幸福感。

（六六，原名张辛，作家。原文链接：http://www.infzm.com/content/48209）

【返回目录】



9-4 柴会群：破解医患难题：不靠理解，要靠制度

“我觉得重要的是如何建立一种机制，让好医生得益，让坏医生淘汰。但很遗憾，我在现实中没有看到。”

我接触过多个离奇的医疗纠纷苦主，对这样一些患者，我觉得奢谈“理解”已近乎玩笑。我想惟一能够抚平他们伤痛的，就是通过法律还他们一个公道，如果法律不公，那就得修改法律。

我觉得重要的是如何建立一种机制，让好医生得益，让坏医生淘汰。但很遗憾，现实中，在“开单提成”、“药品回扣”等恶劣机制作用下，我看到的是好医生被淘汰，坏医生反而得利。

一

7 月 26 日晚上，我和作家六六一起参加上海电视台一档谈话类节目，主题是医患关系。参加节目录制当天，我看了《心术》的电子版以及六六为南方周末写的文章，然后给主持人发了一条短信：我与六六的立场和观点完全不同，希望你有所准备。

节目进行得很困难。往往是六六发表一个观点，我表示反对。主持人努力将话题拉回到“和谐”的轨道……

六六在现场解答了我的一个疑问，就是她去医院“卧底”，是经过医院领导同意的（但她说大部分医生并不知情，我怀疑）。而且，按照她在文章中的说法，她和医院的院长还是朋友。以这样的方式去“卧底”，很难想像不会站在医方的立场。



经过一番“卧底”，从没有医学经历的六六说她自己已经能够读片，分得清肿瘤是良性还是恶性。后来医生也不再背着她，“当着我的面说黄色笑话”。

在主持人和六六看来，医患之间的矛盾似乎就是一个态度问题，双方沟通不到位，引起误会，进而激化矛盾。用六六的话说，是“希望它可以为（医患）双方打开一扇门，架一座桥，从相互怀疑敌视，到相互换位理解。”

在我看来，这显然是一种奢望。医患矛盾绝不仅仅是“态度”问题那样简单。

中国的医疗纠纷，每年多达 100 万起，而且 70％“采取与医院直接对抗”的方式。这么多医疗纠纷，这么严重的冲突，显然不是因为医患双方“理解”不够造成，甚至也不是因为什么“看病贵、看病难”造成的。我凭借多年的医疗报道经验认出，众多医疗纠纷背后，其实掩藏着不少犯罪问题，而这些罪恶，又无法在法制轨道上解决，所以才酿成一桩桩人间惨剧，使医患双方均成为受害者。

二

节目中，我举了 10 年前死于医患纠纷的医生王万林的例子：王万林被他的病人白血病患者彭世宽杀死，彭世宽被判死刑，王万林则被当地卫生部门授予“人民的好医生”称号。然而，鲜有人注意到，当时执业医师法已经实施，王万林没有执业医师证，按说不能行医；修改后的药品管理法也生效，他给病人使用的“快速生血剂”没有经过注册，其实是假药；《医疗事故处理条例》同样也已实施，他发明的那个用以治白血病的医疗器械其实是非法产品。

在彭世宽之前，多名白血病患者曾向卫生部门告发，但均未讨到任何说法即相继死去。假药、假器械、假手术，没有执业医师证，彭世宽杀死的，正是这样一个人。面对这样的医生，你让患者如何“理解”？

但我并不想将矛头仅指向王万林，正如我不想将医患冲突的责任归咎于医生一样。我想问的是，是谁让王万林们在光天化日之下非法行医？而这样的医生，又如何成为“人民的好医生”？当初若能有人纠正他的做法，对他的不法行为进行查处，是不是也不会导致如此结局？



王万林当然是个案。但“非法行医”现象绝不仅仅是个别。去年的北大医院女教授熊卓为死亡案，让我们知道全国有多少没有毕业的医学生在缺乏上级医生监督指导下独立行医，并且酿成多么严重的后果。而即使是熊卓为案的当事责任人，也并未因此受到任何法律追究。

我接触过多个离奇的医疗纠纷苦主：他们当中，有糖尿病人输葡萄糖死去的；有连续做六次开颅手术变成植物人的；有因为想查明病情反而死在检查术中的；有本来没有手术指征却被做手术。这些人大都试图通过法律渠道解决问题，但他们被要求必须得做医疗事故鉴定，而做鉴定的又是不需要负任何责任的专家，最后他们的官司大都输掉。有一位长期上访的患者随身带一把刀，时刻准备在卫生局或法院自杀。

难道这用一个“态度”问题就能解释？对这样一些患者，我觉得奢谈“理解”已近乎玩笑。我想惟一能够抚平他们伤痛的，就是通过法律还他们一个公道，如果法律不公，那就得修改法律。今年 7 月 1 日生效的侵权责任法，将“医疗损害”作为一个专门章节纳入，《医疗事故处理条例》退出诉讼，我认为这是一个巨大的进步。

三

如果非要说“态度”的话，我认为首先是医方的态度，“医方”不仅仅是医生，更主要的是院长，他们对红包回扣是真正想管还是半开半闭？对于卫生部明令禁止的“开单提成”是严格贯彻还是阳奉阴违？对于医生里的害群之马是坚决清除还是故意放纵？这个态度倒真是很重要。

六六有一个观点：绝大多数医生是好的，坏的只是极少数。这是放之四海而皆准的，没有人可以反对。但我觉得没有意义，我觉得重要的是如何建立一种机制，让好医生得益，让坏医生淘汰。但很遗憾，我在现实中没有看到。相反，在“开单提成”、“药品回扣”等恶劣机制作用下，我看到的是好医生被淘汰，坏医生反而得利。像前些年媒体报道的胡为民、肖启伟、陈晓兰、王雪原等揭黑医生大都难逃这种命运。参与节目之前，我特意在网上查了一下六年前的哈二院天价医疗费案，发现原来站出来揭出真相的王雪原医生已经不知下落，相反倒是他的

科主任、曾逼他造假病历的于玲范（根据媒体报道），在被吊销行医资格 5 年后，于去年重新取得了执业医师证书。

读《心术》的一大收获，是纠正了我以前对“医闹”的刻板认识。书中提到一个细节：科主任老陈被“医闹”围攻，一个人被堵在办公室，同事们很着急，结果副院长一句话大家就心安了：“老陈黑白道上没有他搞不定的事。他自有方法。”果不其然，老陈设法打了求救电话，不一会儿，黑道上来了三五十人，将“医闹”团团围住。

按照一般的定义：“医闹”是指受雇于医疗纠纷的患者方，与患者家属一起，通过“设灵堂”、跟踪、殴打医务人员等手段给医院施加压力，从中牟利的人。但看了《心术》，我知道原来医闹同样可以为医院所用。而且，由于用的是“黑道上的人”，效果也远胜于患方的“医闹”。

我希望这是一个虚构的细节，否则，我无法想象医患关系的将来。

（柴会群，南方周末记者。原文链接：http://www.infzm.com/content/48211）

【返回目录】



【因】

9-5 刘晓忠：医患悲剧链下的双输博弈



“处于信息和博弈不对等地位的患者首先把医患纠纷归罪于主治医师的医德，进而使医生而非医疗机构成为患者非理性攻击主体。这无疑遮盖了医患互信缺失的制度性障碍——患者在同医疗体系博弈中面临的信息和制度等双重不对等性。”

近日，东莞长安医院和北京同仁医院相继发生医患关系的恶性事件。尽管此类尚属极端个案，但却隐射出不安的趋势。无须讳言，医患纠纷根源于双方互信缺失，而牵绊医患互信的并非完全是部分医生的医德问题，而恰是患者在医疗体系中甚至缺乏用脚投票的不对称博弈地位。

坦率地说，医患间天然具有的专业性鸿沟是妨碍医患互信的重要瓶颈，但因专业信息不对等带来的医患不对称博弈并非是难以克服的鸿沟。例如医疗保险体系的构建，使现代医疗市场变成了复杂的结构性服务市场，患者向保险机构购买健康和疾病险等导致医疗服务市场出现医疗服务供给主体、服务接收主体与支付主体的三分离。即医院向患者提供专业医疗服务，而最终支付医疗服务费用的是保险机构，同时保险公司或自身配置医学人才或外聘专业的医疗服务评审公司，决定向那个医疗服务主体购买服务等，从而在机制上使医疗服务的供需具有专业对称性，消除了医患间因专业不对称直接导致互信风险。殊不知，患者通过购买保险把监督和评判医疗服务质量的责任让渡给保险公司，而专业的医疗保险机构则使其在医疗专业知识上与医疗服务机构具有较高的信息对称性，使医疗服务机构的医疗事故和过度医疗不仅侵犯患者权益，而且直接侵犯了保险公司权利，从而在医疗市场出现对等的制衡主体。



遗憾的是，当前虽然国内医疗市场也引入了保险体系，但整个医疗制度体系和市场秩序却未能有效培育出对等的博弈主体，医保机构对医疗服务机构制衡的缺位和不到位，反而使医生与患者成为了医疗纠纷的直接冲突主体，进而使医疗纠纷直接蜕变成了医患纠纷。

垄断地位的公立医院在性质认定上并非是独立的市场主体，而是既具公益性又带有市场逐利性的特殊组织。以公立医院为主的医疗服务机构的角色紊乱，使国内的医患关系并不具有民法的主体平等、自愿和等价有偿等三大特征；同时医疗服务的市场化和医疗服务机构的去事业化，又使医患关系并非行政主体与行政相对人的关系，从而导致医患关系蜕变为一种难以有效定义的医事关系。

而卫生部则事实上肩负老板加婆婆的双重角色。尽管新医改提出了管办分离，但卫生部拥有研究区域卫生规划、统筹规划与协调卫生资源配置、医院人事任免以及公立医院公共财政预算拨付的管理权限等职能，使卫生监管部门与医院间不仅难以实行管办分离，而且卫生监管部门与医院带有明显的上下级依附之利益关系，致使卫生部监管更多是对医院的呵护而非规制。因此一旦出现医患矛盾，患者诉求很难基于卫生系统的医疗事故仲裁机构等获得伸张。殊不知，当前由卫生监管部门主导的医疗事故仲裁机构，以及最近为缓解医患矛盾而设立的人民调解委员会，能够提供专业医疗行为评估的主要来自医疗系统的专业人士，这使医疗事故仲裁变成内部人评估，无法使患者相信同行人的仲裁结果的独立性和可信性，从而更容易激化医患矛盾。因此，这种卫生部主导的医疗事故责任仲裁，无疑很容易变成整个卫生医疗系统与患者间的不对等博弈。是为当前医患关系日趋激烈和紧张的原因所在。

与此同时，医患关系本质上是医院与患者间的关系，而非医生与患者间的关系，因为医院与

医生是雇佣关系，医生的行为属于职务行为；然而，医患关系蜕变为患者对医生的敌视，则暴露出了当前国内医疗卫生体系所存在的严重责权和角色紊乱风险。当前尽管从医疗纠纷争端机制等制度设计上，医院和医生在医患纠纷上都相对患者占优，特别是2009年《侵权责任法》去掉了医患纠纷中的辩方举证条款；但事实上医疗制度对医生权利的保护是不完备的。如医生作为医疗服务的具体供给主体，自然被直接推向医患矛盾前台，致使医生面临激励不相容性：由于医生收入主要源自医院发放的薪资，医疗服务收益不会直接反映为医生收入和福利，而一旦发生医疗事故，患者损失不仅不会成为医生福利，反而使医生不仅直接面临来自患者的侵权风



险，而且还面临吊销执业资质风险。同时，由于目前的医疗制度，尤其是医疗纠纷争端机制，牵制了保险机构向医生推行医疗事故责任险的空间，导致医生既无法获得医疗制度的完备性保护，又无法利用保险分散风险。

此外，当前过度倚重医生医德等医疗伦理，而忽视构建医疗服务市场权责清晰的激励相容机制，致使医患纠纷很容易直接形成对医生医德的拷问，而处于信息和博弈不对等地位的患者自然首先把医患纠纷归罪于主治医师的医德，进而使医生而非医疗机构成为患者非理性攻击主体。这无疑遮盖了医患互信缺失的制度性障碍——患者在同医疗体系博弈中面临的信息和制度等双重不对等性。

(刘晓忠，财经评论员，主要关注宏观经济、金融等领域。原文链接：http://www.21cbh.com/HTML/2011-9-24/2MMDM2XzM2ODA2Mg.html)

【返回目录】



9-6 薛兆丰：医患之间的信任



“是市场而非政府，才是衍生各种对付信息不对称的有效机制的场所；也只有医疗提供者之间的竞争——或病人的钞票投票——会逼着每个医生爱惜自己的声誉，站在其委托人即病人的立场来平衡每个治疗方案的边际成本和边际收益。”

上期谈"信息不对称"，即这么一种情境：有些事一方确知，而另一方不确知。这现象是人类社会的特征，不奇怪，奇怪的是市场是如何克服并建立互信机制来促成交易的。尚待本期讨论的是：医疗服务是否例外？医疗领域有没有欺骗？医生是否天生就要欺骗？是什么妨碍了医生诚实地谋生？医患之间如何建立信任？

医疗也是商品，与其他商品无异，也服从经济规律。医疗服务必须耗费人财物。培养一个独当一面的医生要多年时间，而器材和药物也占用大量资源。正因如此，医疗服务的质量有优劣之分，而医疗服务也总是在进步过程之中。如果资源并不稀缺，或医疗不需要耗费任何资源，那么人们对医疗服务的需求就会无限扩张。

然而，坊间流传一套叫做"诱导性需求"的理论。该理论认为，有大量医疗服务其实是病人不必要的。医生之所以诱导病人购买这些服务，只不过是在利用医患之间的信息不对称来赚钱。该理论推断，只有让国家来供养医生，让病人看病吃药全免费，从而割断医患之间的买卖关系，才能避开信息不对称的陷阱，消除医疗领域的欺诈现象。

那究竟医疗服务是不足还是过剩？要回答这个问题，必须分清"特定的医疗服务"与"抽象的医疗服务"之别。病人对前者的需求总是有限的，但对后者的需求则总是无限的。经济学要解释的是，在什么情形下，市场会过度供应"特定的医疗服务"，而未能有效地提供"抽象的医疗服务"。

以饮食为例。人们对任何一种特定的食品——如馒头——的需求总是有限的。人们每顿顶多只能吃几个馒头，此外就是多余的了。然而，人们的食欲，却从不限于馒头。只要资源足够丰富，人们的胃口就会迅速从馒头扩展到肉类和酒类，而肉类和酒类势必消耗大量本可用来制造馒头的粮食。从这个角度看，人们对饮食的抽象需求——营养和美味——是无限的。

在医疗领域，情况相同。人们对某种药物或某种手术的需求总是有限的。病治好了就不需要再吃抗生素，婴儿生下来以后就不再需要剖腹产，确诊了是感冒就不需要验血。然而，尽管病人对特定的医疗服务的需求是有限的，但他们对抽象的医疗服务——即增强体能、减少痛苦、延长寿命的需求则是无限的。资源只要充分可得，那就可以转化为满足这些需求的医疗服务。因此，抽象的医疗需求从来是无限的。

问题是，为什么抽象的医疗需求往往得不到满足，而医生又同时故意向病人提供他们实际并不需要的特定的医疗服务呢？原因有二：一是因为医疗行业有太多管制，以致扭曲了医生正常的行医模式；二是因为这个行业缺乏自由竞争，以致前文所介绍的各种消弭信息不对称的市场安排，都无法在医疗领域发挥作用的缘故。

医生故意向病人提供不必要的服务，就是典型的"搭售"，或曰"捆绑销售"。其主要成因有两个：一是因为政府对诊金实行的价格管制，二是公费报销制度诱发的浪费。

法律经济学之父迪瑞特（A. Di-rector），其开山之作就是关于捆绑销售的研究。他指出，一个能在市场上靠其产品获利的卖家，不可能通过搭售其他产品，来获取超额利润。换言之，任何卖家都能凭借其产品的优势赚钱，但不可能通过搭售来赚两次钱。因此，市场上常见的捆绑销售现象，都是出于其他的原因，而其一就是"规避价格管制"，即通过强行搭配其他商品或服务，把被价格管制压下去的差价补回来。

医生看病，卖的是"诊断"。诊断只是一段话，吃药或不吃药，开刀或不开刀，大事还是小事。医生出售诊断，本应得到充足报酬，并以诊金或挂号费的形式支付。问题是，现在挂号费受到严格的价格管制，挂号费严重偏低，这是诱使医生通过搭售来弥补收入的主因。不难想象，若政府对房租实施价格管制，将 1000 元的月租压至 800 元，那么房东就会设法搭售一把 200 元的门钥匙。

要遏止医生在出售诊断的同时搭售不必要的检验、药物和治疗，关键是要解除对诊金的价格管制，让诊断的质量与其报酬相适应。更重要的是，医疗服务与其他商品并无本质，要消除医患之间的信息不对称现象，恰恰要借助市场，要尽量促进各种市场机制——尤其是本栏上篇所介绍的第三方担保、品牌以及垂直整合等方式——的自发形成。

历史上，弗里德曼（Milton Fried-man）就提出过，用互相竞争的连锁医院品牌来取代垄断的行医执照的建议。众所周知，发放行医执照，是医师行会独揽的特权。这种卡特尔，通过限制医师的供给，提高了执业医师的收入，增加了病人的负担。弗里德曼主张，让不同品牌的连锁医院，自行承担品质检验、成本核算、售后服务等责任，让它们在市场上竞争，从而降低病人的负担，并产生持续提高行医质量的动力。

整个构想涉及许多细节，一篇文章无法穷举，但让我仅以抗生素为例。滥用抗生素，会提高病人的抗药性，为病人未来的治疗埋下隐患。然而，医生为了显示药到病除的本领，有不惜滥用抗生素的倾向。这是"今天的医生"对"明天的医生"所造成的外部副作用了。市场的解决之道，就是"内化"外部性，即要么让今天的医生同时也成为明天的医生，形成长期专向服务的家庭医生制度；要么让今天的医生和明天的医生同属一个大的连锁医院，以品牌作为约束，以致医生们会主动地在今天和明天之间平衡边际损益，提出恰如其分的治疗方案。

医疗并无奇异之处，只是众多商品中一种；医生假如能够通过诚实地出售诊断服务来恰如其分地赚钱，他们就不仅用不着搭售，而且不用承受搭售所带来的副作用和毁誉；是市场而非政府，才是衍生各种对付信息不对称的有效机制的场所；也只有医疗提供者之间的竞争——或病人的钞票投票——会逼着每个医生爱惜自己的声誉，站在其委托人即病人的立场来平衡每个治疗方案的边际成本和边际收益。

信息不对称，是人类社会的基本现象。在比较市场与管制、私营与国营的优劣时，讨论的要点，不是有没有信息不对称，而是哪种方案更充分地考虑了人性、考虑了边际成本与边际收益的自动均衡能力、考虑了自发衍生的市场机制的功能、考虑了管制所诱发的反作用以及考虑了官员的经济效率和国营的体制成本。

（薛兆丰，经济学家。原文链接：http://xuezhaofeng.com/blog/?p=1550）

【返回目录】



9-7 徐昕、卢荣荣：暴力与不信任——转型中国的医疗暴力研究





“医患之间的不信任是医疗暴力产生的根本原因，其可能直接导致暴力发生，也可能触发医疗纠纷；同时，患方对现有医疗纠纷解决机制的不信任，也激发纠纷的暴力解决。而导致医患之间不信任以及患者对纠纷解决机制不信任的原因众多，最重要的是制度的不完善。因此，抑制医疗暴力，改进医患关系，根本在于重建信任。”

一、 问题与方法

医疗暴力，泛指医疗活动引发的暴力行为，亦称医患暴力或医院暴力。[1]中国近十多年以来，医疗纠纷日益普遍，医疗暴力频繁发生，医患关系不断恶化，矛盾复杂，冲突激烈，已成为转型时期一项突出特征，严重影响社会秩序的稳定，引起了广泛关注。

但多数关注仅限于新闻报道，深入的研究几乎付之阙如。通过中国期刊全文数据库(www.cnki.net)检索到的医疗暴力专论仅 4 篇；[2]其他涉及该主题的文献多表现为单纯的案例分析、[3]现状归纳、[4]对策概括[5]或局部建议。[6]这些文献主要关注医疗暴力的危害、成因及对策，原因列举较为粗浅，论证泛化，基本没有理论提升。台湾有人针对医疗暴力现象作过较深入的研究。如游宗宪基于剪报分析与个案访谈发现，病患在医疗纠纷解决中的自力救济是台湾社会的一项重要特征，而民众之所以采用自力救济主要是因为对现有排解管道的不信任，



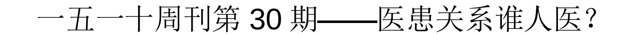
但此种方式无法实现其诉求。[7]林东龙有关医疗纠纷的社会学研究，利用唐纳德·布莱克的社会控制理论对医疗纠纷进行动态历程和背景脉络分析，也涉及医疗暴力现象。[8]

医疗暴力的成因众多，诸如医患之间欠缺沟通，对病情、治疗有所误会，医疗效果与患方预期落差大，与其投入的金钱、时间、精力严重不成比例，失去健康、亲人的悲痛，医方态度不好，探明纠纷真相的困难，纠纷解决途径不畅，暴力索赔成功事例的激励等。但本文不打算一一列举，而试图从中提炼出一个核心命题，即医疗暴力源于不信任。因为透过种种具体成因可以发现，引发医疗暴力的关键因素在于信任的缺失——医患双方互不信任，尤其是患方对医方极不信任，以及患方对现有医疗纠纷解决机制的不信任。

本文将围绕暴力与不信任这一主题，直面转型中国医疗暴力普遍化、激烈化的严峻现实，描述现状和后果，分析成因，提出对策，从医患关系角度分析转型中国的信任危机并尝试化解，最终迈向一种暴力维权的法理学。我们主要运用法社会学方法，以社会新闻作为经验材料，但超越新闻记者的眼光进行学术研究，力图运用并改进“小叙事大视野”的“问题中心”的法学研究范式，[9]探索一种细微与宏大、具体与抽象、经验与逻辑相结合的迈向社会实践的法学。即从医疗纠纷解决中发现医疗暴力问题，从医疗暴力中观察到不信任的关键因素，随后提炼出“暴力与不信任”的概念性命题和分析框架，以此解释不信任如何导致医疗暴力以及不信任何以产生，进而讨论重建信任的对策，主张立足制度建设，从激励与惩罚切入，着力于培育过程导向的信任，最后指出转型中国纠纷解决的一项重要特征——暴力维权的普遍化，探讨下一步理论扩展的可能性。

为更好地说明问题，本文引入了吉登斯的结构二重性(duality of structure)理论作为支撑。吉登斯认为，自马克思、涂尔干、韦伯以来的经典社会学理论要么片面强调社会结构、制度、环境对个人及其行为的决定性影响，要么单向度地将个体的行为、理性作为社会发展的决定性因素，这种结构与能动作用的二元论割裂了主体与客体、行为与结构、个人与社会之间的关系。事实上，结构，作为规则与资源，既是能动作用的先决条件，也是能动行为的非预期结果。[10]结构不只是约束，也是行为的助力，甚至是能动作用产生的必要条件。[11]在医疗纠纷的解决过程中，医疗暴力的产生既受现有体制安排、制度设计、医疗过程中的潜规则等结构性因素的影响，也是医患双方尤其是患方的能动选择，体现了主体与结构二重化的过程。即现





有结构性因素的“可信赖性”缺乏必然导致不信任产生，而不信任作为一种心理诱因，不仅左右个体的能动选择，也同时催生极端的焦虑与愤怒，令行为趋向暴力化。[12]当暴力在医疗纠纷解决中日渐“常规”，其本身也转化为一种结构性因素，进而影响人们的信任感和行为选择，形成“不信任一暴力一不信任一暴力”的恶性循环。因此，获取这一循环的复杂知识并进一步提出制度改进方案，重建信任，遏制暴力，成为本文努力的方向。

二、经验材料及初步分析

本文将利用经验材料描述转型中国医疗暴力的普遍化和激烈化现象，并进一步围绕主题进行分析。经验材料包括医疗暴力个案和一般性数据，时间跨度为 2000 年至 2006 年。调查方法包括实证调查和文献收集(特别是网络搜索)。

2006 年 12 月下旬，我们对上海市普陀区某三甲医院进行了实证调查。[13]该医院 2000 年至 2006 年共发生医疗暴力 557 起，占全部医疗纠纷的 61.55%，大致呈逐年上升趋势。其中，打砸医院 63 起，停尸病房、在医院设灵堂 38 起，辱骂、殴打医务人员 456 起(表 1)。但以上数据存在相当的局限性：第一，这只是一项总括性统计，有关个案细节、医务人员伤亡情况、医院的经济损失等具体事项，医院不愿透露，故无法展现该院医疗暴力的全貌。第二，存在隐瞒少报的情形。对该院工作人员的访谈表明，医疗纠纷及医疗暴力事件在逐级上报、最后由医务处统计存档的过程中，瞒报的情形普遍。加之推搡、辱骂医务人员等轻微暴力往往被忽略，故最终统计存档的医疗暴力只是实际发生的一部分。第三，因调查资源的限制，无法扩大实证考察的范围，而个别医院的数据难以说明或代表全国医疗暴力的整体状况。

因此，本文的经验材料主要来源于文献收集，特别是网络搜索。当然，网络搜索的方法也存在缺陷：第一，各地区的信息开放程度及网络利用能力不同，致使所搜集的数据和案例集中于较发达的东部及中部地区；第二，网络信息多关注严重个案，轻微的医疗暴力事件没有被曝光或不能获得详细信息；第三，媒体对某些医疗暴力事件报道失实。但鉴于实证调查的限制，同时网络数据和案例又更为丰富广泛，更能说明全国较长时期内的普遍情况，故我们谨慎地选择了这种方法。[14]



表 1：上海市普陀区某三甲医院医疗暴力调查表(2000-2006)

年份	医疗纠纷(起)	医疗暴力(起)	医疗暴力占医疗纠纷比例	医疗暴力具体形态(起)				
				打砸医院	停尸病房、在医院设灵堂	辱骂、殴打医务人员	杀害医务人员	其他
2000	130	75	57.69%	6	4	65	0	0
2001	120	73	60.83%	7	6	60	0	0
2002	115	69	60.00%	8	5	56	0	0
2003	125	79	63.20%	7	6	66	0	0
2004	135	82	61.48%	9	4	69	0	0
2005	140	89	63.57%	12	7	70	0	0
2006	140	90	64.29%	14	6	70	0	0
合计	905	557	61.55%	63	38	456	0	0
年均	129 3	79.6	61.55%	9	5.5	65.14	0	0

医疗暴力个案主要通过网络搜索获得。具体方法如下：(1)通过百度搜索主题词“医疗暴力”(加引号)，2006 年 12 月 1 日搜索到 39,900 篇，我们检索了前 4000 篇；(2)通过某篇文章的相关链接收集资料；(3)下载有关医疗暴力的专题讨论；[15](4)合并同一事件的不同报道、排除时间、地点或人物等主要信息欠缺的诸多案例，将医疗暴力个案归纳填表，得出附表一“2000～2006 年中国的医疗暴力案例”。[16]附表一收录了 2000 年至 2006 年发生于全国 20 个省份的医疗暴力个案 100 件，这些案例集中反映了转型中国医疗暴力的基本状况、诱发原因、演化过程、行为特征和主要问题。

医疗暴力的个案材料，对上海市普陀区某三甲医院的医疗暴力调查，加上大量全国和地方性数据，可以较全面地反映转型中国医疗暴力普遍化、激烈化的现状。2002 年初，中华医院管理学会对全国 326 所医院的问卷调查表明，中国医疗纠纷发生率高达 98.4%，而纠纷发生后，73.5%的病人及其家属曾采取扰乱医院工作秩序的过激行为，其中 43.86%发展成打砸医院。患者死亡后停尸在医院大厅、病房的约占 10%，围攻院领导的 18.21%，攻击威胁医务人员的 37.2%，数十人冲击医院的 12.3%，黑社会介入的 40.6%。这些过激行为对医院设施直接造成破坏的 35.58%，导致医务人员受伤的 34.46%。[17] 2005 年中国医师协会对 114 家医院

的调查显示，2000 年~2003 年平均每家医院发生医疗纠纷 66 起，打砸医院事件 6 起，打伤医师 5 人。[18] 2005 年 6 月至 7 月中华医院管理学会对全国 270 家各级医院的调查显示，全国 73.33%的医院出现过病人及其家属用暴力殴打、威胁、辱骂医务人员；61.48%的医院发生过病人去世后，病人家属在院内摆设花圈、烧纸、设置灵堂、纠集多人在医院内围攻、威胁院长人身安全等事件。福建、湖南、江西等地还曾发生过患者杀医生的恶性事件。[19]2007 年初，中国医师协会对全国 115 所医院的调查表明，2004~2006 年“医闹”[20]现象一直呈上升趋势，比例分别为 89.58％、93.75％、97.92％，每所医院平均发生的次数分别为 10.48、15.06、15.31 次，直接经济损失分别为 20.58、22.27、30.18 万元。[21]大量地区性数据也显示出医疗暴力普遍化、激烈化的现状(表 2)，可作为全国性数据的补充。

(一)医疗暴力的特征

根据所收集的经验材料，医疗暴力的主要特征可概括如下：

1.时间

医疗暴力通常发生在医疗纠纷解决的过程中，纠纷当事人试图通过暴力解决纠纷，维护权利，而暴力又可能导致更激烈的冲突。此处的医疗纠纷是广义的，涉及医疗活动引发的医患之间各种不满、冲突或争执，既包括非因医疗事故引发的纠纷，如医疗过程中因用药、手术方案等引发的冲突(案例 28：四川成都因意见分歧患者家属打伤医生案，案例 58：山东青岛患者家属误会医生伤医案)，也包括由医疗事故引发的纠纷。因此，医疗暴力集中发生在医疗过程中以及不良医疗结果出现后。前者受患方心急、恐惧、紧张等情绪影响较大(如案例 8：河南郑州心急患者亲友打医案，案例 26：四川成都蛮横患者家属殴打医生案)，表现为对医务人员辱骂、推搡、打耳光等，实质是患方不满情绪的宣泄，暴力程度较轻。后者则多因严重后果出现，如患者医治无效死亡、久治不愈、造成严重的后遗症等导致患方情绪转为愤怒、仇视并期待获得精神和经济补偿，进而暴力成为报复手段或索赔策略(如案例 2：广东中山患者突亡家属

殴打医生抢走尸体案，案例 19：贵州贵阳患者不满医效故意杀医案，案例 25：湖北武汉不愈患者故意杀害医生案，案例 35：四川郫县患者家属暴力索赔案等)。

表 2：中国部分省市的医疗暴力情况

地点	调查机构	调查时间	调查结果
北京	北京医师协会	2001 年	1998~2001 年，北京 400 多家医院共发生殴打医务人员事件 502 起，影响医院正常诊疗秩序事件 1567 起。1[22]
河南郑州		2001 年 12 月	2001 年，郑州市 20 多家二级以上医院均都有暴力事件发生，仅 120 急救中心就发生以医务人员被打为特征的暴力事件 100 多起。2[23]
湖南	湖南省卫生厅	2001 年	2001 年 1~7 月，湖南省发生医疗纠纷 1110 起，围攻医院、殴打医务人员事件 568 起，有 398 名医务人员被打伤，32 人致残，在医院陈尸事件 179 起，医务人员受伤 132 起。3[24]
广东广州	暨南大学医学院伤害与预防控制中心	2003 年	2003 年，广州市 10 所医院的 4062 名人员中，一年内遭受不同程度暴力侵犯的医务人员多达 2619 名，暴力发生率 64.5%(包括身体暴力和心理暴力)。其中一年遭受一次暴力威胁的占 14.3%，一年受到两次以上暴力威胁的占 50.2%。4[25]
四川	华西医院	2004 年	2002~2004 年 2 月 25 日，华西医院发生包括"死亡威胁"在内的暴力事件 23 起，其中直接伤害医务人员安全的 7 起。仅 2003 年春节期间，就发生 6 起对医院、医生安全进行威胁的事件，其中包括威胁要炸医院住院部大楼、杀医生等。目前，该院处于高度戒备状态、需"贴身保镖"形影不离的医务人员有 6 位，每位都配备了两名保镖。5[26]
上海	上海卫生部门	2004 年	2002 年 9 月 1 日至 2004 年 8 月 31 日，上海有 69 名医务人员不同程度被打。一份题为《上海市医疗机构安全形势的报告》称，自 2002 年开始实施《医疗事故处理条例》至今，上海群访、闹访和冲击医疗机构的事件共有 110 起之多。6[27]
江苏	南京市	2004	2004 年以来南京地区大规模医患冲突事

2.地点

医疗暴力通常发生于医院等医疗场所之中，较集中于门诊、急诊以及急重症病房。附表一的 100 例个案中，95%以上的医疗暴力发生在上述场所。一是因为医疗活动尤其是紧急、严重的病患医治集中在这些场所，医疗纠纷进而医疗暴力的发生自然更频繁；二是因为医疗纠纷发生后，患方要向医方讨说法、要赔偿，自然要找上门去。但医疗暴力也可能发生于其他空间，例如，出诊之时(案例 13：河南郑州医生出诊遭殴打案)，护送患者回家途中(案例 6：湖北广水患者胁持医生索赔案)，医务人员回家途中(案例 21：江苏南京患者家属殴打医生案)等。当然，并非在医疗场所发生的一切暴力事件皆属于医疗暴力，因私人恩怨引发的暴力就应排除在外。

3.主体

医疗暴力一般发生于医患双方之间，医方会从主治医生放大到其他医务人员及整个医院(下称“医方”)，患方则往往包括患者、家属及其亲友(下称“患方”)。进而，医疗暴力还可能涉及更多的纠纷参与人，例如，以帮助患者维权的名义介入医疗纠纷，把事闹大的“职业医闹”(如案例 88：云南昆明患者“医闹”暴力索赔案)，因医疗暴力引发的群体性事件中的群众(如案例 98：四川广安医院见死不救遭两千人冲砸火烧案中的民众[33])等。

4.方向

医疗暴力行为呈现单向性特征。首先，暴力行为几乎都是患方向医方主动发起的。其次，对于患方的暴力，医方的姿态多为消极的回避、忍受，由保安阻拦或请求警方处理，力求避免与患方发生正面冲突和暴力对抗。在附表一的 100 例个案中，医疗暴力行为全部是患方主动向

医方发起的，其中，99 例为患方的单方面暴力，医方以暴力回应的仅案例 85(河南内乡医患暴力冲突致死亡患者侄子死亡案)。

5.形式

医疗暴力冲突激烈，形式多样，包括聚众冲击打砸医院(案例 37：江苏南京患者家属冲砸医院案)、烧医院(案例 98：四川广安医院见死不救遭两千人冲砸火烧案)、炸医院(如案例 14：重庆不满患者炸医院案)、在医院陈尸、设灵堂(案例 50：广东广州患者家属医院设灵堂案)、静坐、游行，围攻、谩骂、侮辱、恐吓、扣押、殴打医务人员(案例 18：湖南衡阳“5.11”凌辱医生案)，直至杀人(案例 25：湖北武汉不愈患者故意杀害医生案)等。其中最为常见的是打砸医院，在医院陈尸、设灵堂，围攻、谩骂、侮辱、恐吓、扣押、殴打医务人员(如见表 1、表 2)。

6.后果

医疗暴力后果严重：就个案而言，会导致经济损失，人员伤亡；从长远来看，则会恶化本已脆弱的医患关系，导致医疗秩序混乱，影响社会和谐。例如，广东省 2006 年上半年发生 200 起暴力索赔医疗纠纷，某起事件的直接经济损失达 200 万。[34] 据湖南省卫生厅统计，2000 年 1 月至 2001 年 7 月，全省发生医疗纠纷 1110 起，其中医院财务损失案 153 起，医护人员受伤 132 起，直接经济损失 454 万元。[35]又如，2003 年 5 月 6 日，天津河东区居民赵某跳楼后，被送至天津第三医院，经抢救无效死亡，家属以医院延误抢救为由，大闹医院，造成直接经济损失近 9 万元。[36]还如，广州 70 暴徒砸医院案(案例 24)，医院直接经济损失 2 万多元；广东廉江数百患者家属围攻医院索赔案(案例 83)中，医院遭受重大经济损失。暴力行为还会严重影响医疗秩序(如案例 53：湖北东湖死亡患儿家属殴打医生围堵医院案，案例 56：广东湛江死亡患者家属殴打医生、聚众围攻医院案，案例 72 ：湖北东湖死亡患者家属聚众闹

医索赔案)，破坏医方对病人救治的信心和积极性，妨碍医患双方的正常交流，甚至延误救治时机等。从医疗领域发散开去，医疗暴力还会进一步加深整个社会的信任危机，破坏社会和谐。

医疗暴力的特征分析折射出医疗纠纷解决中结构性因素的影响。第一，医疗暴力发生的时间、地点当然受制于医疗纠纷解决的过程。第二，由于现有纠纷解决机制疲软，医疗纠纷的解决进而医疗暴力更多地发生于医患之间，而为了实现利益最大化，双方范围均有所扩展，尤其是患方呈现出组织化倾向。第三，医疗暴力的单向性体现了在公力救济和社会型救济不足、个人严重质疑医疗过程和效果时，患方采取的近似于“报复”性质的私力救济。第四，医疗暴力的形式激烈，除了情绪宣泄的需要，也受到转型时期纠纷解决中“大闹大解决”这一经验逻辑的影响。第五，医疗暴力的后果严重成为加深信任危机的重要原因。而这六大特征如何内嵌并凸显于医疗暴力之中，以及如何影响医疗暴力的产生或恶化，下文将有论及。

(二)医疗暴力的类型

医疗暴力实质是一种私力救济行为，即患方认定权利遭受侵害，在没有中立第三方介入纠纷解决的情形下，不通过国家机关和法定程序，而依靠自身或私人暴力，以解决医疗纠纷，实现权利。它是患方自行处理冲突的纠纷解决机制，是通过暴力维权和实现私人正义的权利救济机制，也是一种以暴力威慑和制约为核心、高度分散、私人执法的社会控制机制。就类型而言，医疗暴力属于攻击型、暴力型私力救济。[37] 以收集的若干医疗暴力个案为范本，依据当事人实施暴力行为之目的，医疗暴力可分为情感宣泄型和索赔策略型两类。

1.情感宣泄型

情感宣泄型医疗暴力指患方在特定情形下情绪失控而导致的医疗暴力。特定的情形，包括：患方在医疗过程中因病情而焦急、恐惧、对医方的行为有所猜疑(如案例 29：福建华安癌

症患者故意杀害医生案，案例 82：广东患者家属心急不满威胁医生案，案例 99：沈阳患者疑医喝酒打医生耳光案)；治疗未达到患方预期或医方承诺，甚至造成严重后遗症或者致患者死亡(如案例 2：广东中山患者突亡家属殴打医生抢走尸体案，案例 25：湖北武汉不愈患者故意杀害医生案，案例 53：湖北东湖死亡患儿家属殴打医生围堵医院案)；医疗未达预期效果，而医患双方就医疗费用的分担不能达成和解(如案例 7：湖南长沙彭世宽故意杀害王万林案，案例 25：湖北武汉不愈患者故意杀害医生案，案例 45：江苏盐城被误割卵巢患者火烧医生案)等。

情感宣泄型医疗暴力通常具有突发性。但进一步的个案分析表明，其还可细分为直接的情感宣泄型和渐进的情感宣泄型。前者是指不满、冲突或纠纷一经发生就立即引发患方的暴力行为，医疗过程中发生的医疗暴力多属此类(如案例 43：上海幼儿患者家长伤医案，案例 58：山东青岛患者家属误会医生伤医案)。后者则多发生在医疗纠纷(特别是医疗事故)的解决中，纠纷久经交涉毫无结果，患方丧失耐心而实施报复(如案例 14：重庆不满患者炸医院案，案例 21 江苏南京患者家属殴打医生案，案例 45：江苏盐城被误割卵巢患者火烧医生案)。

情感宣泄型医疗暴力通常还具有人身攻击性。其目的在于宣泄内心不满、愤怒或悲痛，更多受人类以牙还牙的报复本能支配，追求报应正义，故形式上多为针对医务人员的人身伤害(如案例 32：北京患者家属报复刺伤医生案，案例：42 江苏南京不满患者打医生案)，严重者可能杀害医务人员(如案例 19：贵州贵阳患者不满医效故意杀医案，案例 25：湖北武汉不愈患者故意杀害医生案，案例 30：四川成都亡故患者家属砍伤医生案，案例 61：福建福州不满患者持刀杀害医生案)，个别案例还会扩展到整个医院，形成对医院的规模性冲击打砸(如案例 33：湖南汨罗患者抢救无效死亡家属打砸医院案)。

2.索赔策略型

索赔策略型医疗暴力指患方为获得赔偿或更多赔偿而将暴力作为一种手段或策略向医方施压的行为。在现实中，暴力或暴力威胁的运用的确有助于患方达到索赔目标。较之于情感宣泄型医疗暴力，索赔策略型更具理性色彩。其通常发生在不良医疗后果产生后的纠纷解决过程中



(如案例 35：四川郫县患者家属暴力索赔案，案例 72：湖北东湖死亡患者家属聚众闹医索赔案，案例 78：广东惠州患者家属聚众闹医索赔案)，对象往往为整个医院，功能倾向于索赔。

多数情况下，索赔策略型医疗暴力是患方单枪匹马地和医方交涉，但随着赔偿预期的拔高和对威慑效果的追求，日趋呈现规模化特征(如案例 41：江苏南京三纠纷患者联合围攻冲砸医院索赔案，案例 83：广东廉江数百患者家属围攻医院索赔案)，并出现了协助患方索赔以期获利的职业医闹，一定程度上反映了此类暴力的严重化。相应，患方索赔的金额也逐渐走高，几乎都在万元甚至十几万元以上。例如，湖北广水患者胁持医生索赔案(案例 6)，湖北东湖死亡患者家属聚众闹医索赔案(案例 72)，广东惠州患者家属聚众闹医索赔案(案例 78)，广东廉江数百患者家属围攻医院索赔案(案例 83)，云南昆明患者“医闹”暴力索赔案(案例 88)，患方索赔金额分别为 30 万、40 万、1500 万、60 万和 10 多万。巨额索赔往往基于严重后果，如案例 72 源于一曹姓患者抢救无效死亡，案例 78 系因患者注射药物后成植物人，案例 83 源于一名 5 岁呼吸困难的急重症患儿抢救无效死亡。[38]

索赔策略型医疗暴力一定程度上类似于“农民工的自杀式讨薪”，[39]是患方为救济权利而采取的一种纠纷解决技术/策略，一种运用暴力或暴力威胁的社会控制机制。当然，两者也存在较大区别：第一，农民工“为权利而自杀”是自损型的私力救济，而索赔策略型医疗暴力则是攻击型私力救济，故前者是自向性的暴力，而后者几乎是他向性的暴力，附录一的 100 个案例中，仅江苏南京患者家属闹医索赔案(案例 36)、广东广州患者怀疑治疗效果扬言杀医生案(案例 51)的患方采取“自杀”姿态。第二，农民工自杀式讨薪的前提是用人单位不支付其应得之报酬，标的较确定。而患方索赔的依据则是认定医方的行为有过错且使自己蒙受损失。虽然患方无理取闹的情形极少，但医方的行为是否存在过错，过错程度如何，是否需承担法律责任，承担何种法律责任等仍不确定。当然，这也正是暴力行为施展索赔功能的空间。

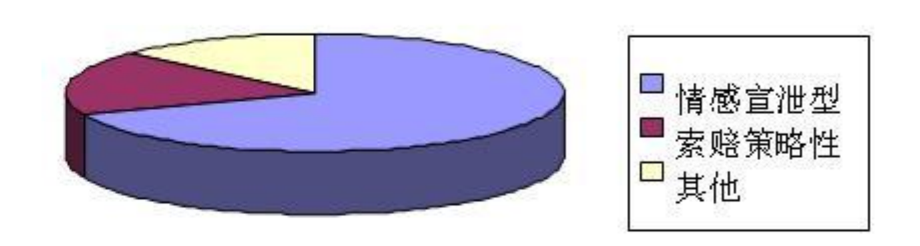
根据上述分类对附表一收录的 100 个案例进行统计(表 3、图 1)。其中，情感宣泄型 69 例，占 69%；暴力索赔型 18 例，占 18%；其他类型不明确者，如因患方醉酒或其他原因(如案例 97 山西临猗村民退药不成杀医生案)导致的医疗暴力 13 例，占 13%。

表 3：100 例医疗暴力个案类型分析

医疗暴力类型	个案数量	比例
情感宣泄型	69	69%
索赔策略型	18	18%
其他	13	13%

图 1：100 例医疗暴力个案类型分析图

100 例医疗暴力个案类型分析



据以上统计，医疗暴力中情感宣泄型占大多数，而索赔策略型在二成以下。但需要指出，现实中索赔策略型的比例应当更高。形成以上统计结果的主要原因在于网络收集资料的局限。新闻报道的猎奇性、冲击性导致网络案例向更具戏剧冲突效果的情感宣泄型倾斜，而索赔策略型的暴力程度相对较弱，有时仅是一种“暴力姿态”，因此除一些极端和规模化的个案，相当一部分被媒体排除。此外，根据两种类型的界定，部分与索赔相关的案例也纳入了情感宣泄型的范畴，如大多数渐进的情感宣泄型医疗暴力均含有索赔因素(如案例 7：湖南长沙彭世宽故意

杀害王万林案，案例 24：广东广州 70 暴徒砸医院案，案例 45：江苏盐城被误割卵巢患者火烧医生案，案例 63：广东广州患者家属殴伤医生、聚众冲砸医院案)，而这些案例应该说是两种类型的混合。

事实上，医疗暴力的上述分类并非泾渭分明，两者常常是混合、重叠的，你中有我，我中有你，难分彼此。一方面，情感宣泄型医疗暴力并不排除对赔偿结果的追求。另一方面，索赔策略型医疗暴力虽然基本上可定位于一种威胁或姿态，旨在发出信号迫使医方赔偿，但其中也包含着患方的情感诉求，他们既主张赔偿，也要求医方认错，给个“说法”，以实现感情上的慰籍或平衡。只是出于现实考虑，尤其是医疗成本的高昂，这种暴力更多地倾向于“索赔策略”。

情感宣泄型和索赔策略型医疗暴力往往也是相互转换的。一方面，情感宣泄型医疗暴力可能是索赔未果所致，是患者寻求多种救济无效后的“终极救济”。患方最初会宣称医方有种种“失误”，希望医方给个“说法”——承认对不良的医疗效果有过错，并对此承担相应的赔偿责任，而当多次交涉无效又难以依赖其他途径化解纠纷时，患方就可能“杀将过去”，通过实施暴力行为来宣泄怨愤。[40]另一方面，暴力索赔的过程不仅是理性选择和策略运用，很大程度上也受情绪的催化和煽动。在索赔过程中，若医院对患方的暴力妥协，在可能获得适当赔偿的情形下，患方多会缓和情绪，继而与医方进行较为理性的交涉，但交涉背后仍然隐藏着暴力，理性之中仍潜伏着一触即发的情绪因子。

医疗暴力的类型化分析反映了纠纷主体特别是患方的能动选择。现有纠纷解决机制的无效，协商解决的不能，焦虑、恐惧、无奈、愤怒等情绪的交织，导致了患方情绪的爆发，或基于现实的考虑，患方更“理性”地将暴力当作一种索赔策略。两种类型均体现了患方对医方的极不信任，以及患方对现有医疗纠纷解决机制的不信任。情感宣泄型中的不信任更多地体现为患方安全感的缺失，进而焦虑、易怒、易冲动；而索赔策略型中的不信任，在夹杂情绪因素的同时，更多地倾向考虑现实。

三、暴力与不信任

医疗暴力为何频繁发生，愈演愈烈，甚至正常医疗行为也可能致使暴力悲剧的上演，原因是多方面的，但我们认为，最关键因素是信任的缺失。吉登斯指出，人们的生活需要一定的安全感和信任感，日常生活中的惯例或常规正是这种安全感和信任感的支撑。[41]在医疗活动中，医方积极救死扶伤、审慎诊断治疗、认真护理、适当说明，患方积极配合、合理预见风险并理性接受，应是惯例；出现医疗纠纷时，解决途径的理性、及时、有效、公正则是常规。但在转型中国冲突多发且剧烈的背景下，上述惯例被破坏，常规难以实现，进而破坏人们的信任感。[42]这一方面可能导致纠纷主体尤其是患方极端的焦虑和愤怒，令其行为直接呈现暴力性，另一方面，面临纠纷解决的无效，患方也可能选择更行之有效的暴力自救。因此，医疗暴力的发生既有结构性因素的激励，也受患方激情与理性的影响，是一个主体与结构二重性的过程。而信任问题则是医疗纠纷解决中联系主体与结构的核心纽带，所以，本文尝试从信任的视角切入医疗暴力过程中主体与结构的互动关系，最终揭示现阶段中国医疗纠纷解决无秩序之真相。

(一)医患双方互不信任

医患双方本该互信互助，关系融洽，携手共斗病魔，但现实中却存在双方彼此提防、互相猜忌的情形，且这种互不信任已日趋成为转型中国医患关系的明显特征，严重的信任危机业已出现。2006 年南京医科大学历时 4 个月完成的医患关系暨医德现状调研表明，医患之间相互信任的比例只有 25.96%，[43]互不信任则高达 74.04%。

1. “脆弱的信任”：患方对医院的不信任



从本文收集的 100 宗个案来看，患方不信任医方，表现明显。例如，山东滨州为让陪员买麻药医生无故遭殴打案(案例 1)，河南郑州心急患者亲友打医案(案例 8)，北京患者殴打医生案(案例 17)等，均是这种不信任的直接反映，其他案例也体现患方对医疗行为的质疑。这些不信任表现多样。其中，惊人的信任反转以及公然的提防行为是不信任的直接表现，而“价格暴力”、送红包等现象则是不信任的侧面反映。

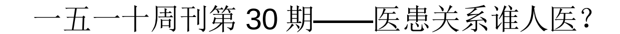
(1)脆弱的信任反转惊人。在就医前或医疗过程中，医患之间具有一定信任基础。基于一种近乎当然的常识，患方会将延续生命、恢复健康的希望寄托于医务人员。但显然，这是一种事前、临时性的“脆弱信任”。“病好了，万事大吉；病没好，立刻翻脸”。一旦发生不良的医疗后果，这种“信任”就会立即出现戏剧性转向，而且往往是彻底反转，变为患方对医方完全的不信任。这种结果导向的信任成为医患关系的一大特点。现实中，很多患方的想法都是，“住院时，命在医院手里，不敢得罪，现在人都死了，我不怕了。”因此，医患之间这种“脆弱的信任”，与其说是信任，倒不如理解为不得不信任，半信半疑，小半信大半疑，或者说不信任。

(2)公然提防凸现不信任。由于医疗专业知识的欠缺以及相关信息的获取困难，更基于对医方的不信任，患方对医疗行为公然提防。一些患者入院就开始关注诸多细节，注重收集药物信息等证据，多方咨询比对，甚至还用录音笔、摄像机等设备录下医务人员的承诺和解释、抢救治疗过程等以备“不时之需”。例如，1998 年 8 月 5 日，成都市民郑伯成因腹部阵发性疼痛前往成都市某医院就诊，3 天后死亡。期间病人亲属用摄像机拍下整个抢救过程。死者妻子后向成都市锦江区法院提起诉讼，要求医院赔偿 117 万元。[44]这种提防及下文描述的被欺骗感加深了医患双方的不信任，进而积聚更多的不满、愤怒甚至敌对情绪，一定程度上也解释了医疗暴力何以呈现单向性和激烈化。

(3)“价格暴力”诱发被欺骗感。医疗费用高昂是不争的事实。现实中曾有患者感言：“感冒两三百，住院任人宰”；“一进医院，什么都是钱，但生病了你还得乖乖地揣着钱求它(医院)”；甚至在个别患者心中，“医生比奸商还奸”。据 2003 年 12 月 29 日新华网报道，广州市统计局万户居民调查网络抽样调查表明，超过八成的市民认为目前的医疗费用偏高。“趁你







病，要你命”，成为民间对医院“价格暴力”的形象说法。[45]进而，不少患者上医院会有“被宰”、“被欺骗”的感觉。这种情形推至极端，使得一些人有病也不敢上医院治疗。第三次国家卫生服务调查显示，全国 48.9%的人有病不就诊，29.6%的人应住院而不住院，其中因费用因素导致的分别占 38.2%和 70%。[46]

(4)表面依赖潜伏深层质疑。看病前托熟人打招呼，手术前向医生护士送红包成为就医潜规则，医生不收红包反而会令患方不放心。这些表面上依赖、拜托医方的行为，在更深的层面上却反映了患者对医方的不信任，因为患方不敢把患者的生命和健康一般性地托付给医院，而需要依赖熟人网络或红包的支撑。

(5)民众态度折射信任危机。例如，“看病难”成为民众对中国医疗现状的普遍表述，是当今中国突出的社会问题。其成因众多，最主要的是医院和医生的过分逐利以及医德的普遍下降。一个“难”字体现了民众对医院的无奈、不满及不信任。进而，在看待医疗纠纷时普遍倾向于支持患方。一位医院负责人说，“只要出了医疗纠纷，不管责任在谁，媒体登了出来，老百姓大多会站在患者一方。哪怕责任不在医院，也会对医院造成很大的负面影响。”[47]例如，2005 年 8 月 12 日，福建名医戴春福在门诊被一名患者杀害，一家门户网站就民众对此案的态度进行调查，竟然 80%的网民支持和同情患者杀医生的行为，10%的网民持中立态度，而反对者仅占 10%。[48]可见，医疗暴力的严重后果不仅未能警醒双方，反而成为彼此不信任的重要理由，也成为转型中国医疗暴力的特征之一。

2. “保守地应对”：医方对患方的不信任

医疗纠纷和医疗暴力大量产生引起医方的保守应对。中国医师协会的《医患关系调研报告》显示，近 3/4 的医师认为其合法权益不能得到保护，认为当前医师职业环境“较差”和“极为恶劣”的达六成 。[49]针对患方的不信任，医方亦采取了相应的风险防范措施。第一，对患方的问题思虑再三，言辞谨慎，支吾了事。发生医疗纠纷时，更是三缄其口，害怕媒体报道。第二，逐渐倾向保守治疗，“以前是病人有 1%的希望，医生都尽 100%的努力去抢救，现在是没有 100%的把握，医生就不敢轻举妄动。”第三，即使情况紧急，医方也更多地要求



患方书面免责，如手术前须由患方签署手术风险责任书。第四，严格保管医疗档案，限制患者查看和复印。第五，不愿意与患者“私了”，害怕患方反复。例如，患者提出赔偿五万，医院最终答应，但患方第二天又可能反悔，觉得要五万就给五万，“肯定是要低了。”[50]而医方在信息、社会地位上的优势决定了其更能得益于常规解决途径。[51]第六，部分医院也寻求各种私力救济，或成立“医院护卫队”、“医生自卫队”，或寻求民间力量的帮助，[52]或为医生配备保镖，[53]还出现了医生带刀上班[54]甚至全体医务人员戴钢盔上班[55]的事件。

(二)患者对现有解决机制的不信任

现行法律为医疗纠纷的解决设定了基本框架，患者可根据《医疗事故处理条例》等法律法规，通过向医院投诉、平等协商、行政处理、诉讼等多种途径解决纠纷。但现实中，常规解决途径遭到排斥。“我们不鉴定也不告你，就是要你给个说法，赔钱。”这起发生在黑龙江省医院南岗分院的医患纠纷中，患方的选择代表了民众的普遍态度，凸现了其对现有纠纷解决途径的不信任。[56]

1. 不信任医疗事故鉴定

医疗事故鉴定是处理医疗纠纷的重要环节，其结论是诉讼中确定医疗损害赔偿的主要依据。如果医疗行为被鉴定为医疗事故或有过错，患者就能据此获得赔偿，反之就很难。但患方对鉴定的运用普遍消极。如 2003 年南京地区发生数千起医患纠纷，但最终向南京市医学会提交“医疗事故技术鉴定”的不到 200 例；[57]中南大学湘雅医院及第三附属医院 2004 年共处理大的医患纠纷 30 起，98%未经鉴定。[58]主要原因是，现行的医疗事故鉴定机构基本上由医方或其主管部门主导，患方不信任，并认为鉴定是一种漫长的折磨。在诉讼、行政调解以及协商过程中，医疗事故鉴定结论的有效性也往往是争执的焦点。



2. 不信任诉讼

民众对诉讼的信任度，既是衡量法律意识、法治水平的一项重要指标，也是显示程序规则的完善性、诉讼制度的可利用性等信息的重要变量，其可用民众诉诸法院的案件数量来衡量。许多调研表明，诉诸法院的医疗纠纷数量非常少，只是所有医疗纠纷中极小的一部分。例如，北京市丰台区共有 14 所医院，仅三级医院就有 4 家，海淀区医院数量更多、更集中，两区每年发生的医疗纠纷数量较大，但诉诸法院的案件却非常少。1999 年 5 月至 2002 年 9 月 1 日《医疗事故处理条例》正式实施前，丰台法院受理医疗纠纷案件 30 件，此后至 2005 年 8 月受理 78 件。海淀法院 2000 年受理 13 件，2005 年 124 件，2006 年截至 3 月 20 日为 51 件。[59]又如，据南京市卫生局统计，2004 年以来南京地区大规模医患冲突事件迅速增加，但医疗纠纷中通过常规途径解决的不到 1/10。以南京市妇幼保健院为例，2003 年该院发生医患纠纷近 300 起，而诉诸司法途径的只有十多起。[60]而湖南中南大学湘雅医院及第三附属医院，2004 年发生的 30 起大的医疗纠纷中，90%未进入司法程序。[61]2006 年一项以成都武候区为对象的实证调查显示，在“协商解决”、“行政解决”、“法院起诉”三条解纷途径中，385 名患者中仅 38 名选择“法院起诉”，占 9.7%，而在“是否相信法院能公正处理医疗纠纷”这一问题上，391 名患者中 224 名选择“不确定”，22 名选择“否”，不信任倾向明显。[62]上述例证来自中国几个较发达的城市，民众的法律意识及法院的司法水准都相对较高，但医疗纠纷进入诉讼的比例仍非常之低。其他不发达地区的医疗纠纷诉讼率可能更低。当然，患方不选择诉讼还因其成本高、耗时长、实效性弱。对已支付大量医疗费用、却无法取得预期治疗效果的患方而言，他们往往很难承受诉讼所带来的经济、时间、人力和心理等成本。[63]

3. 不信任行政调解/处理

根据法律规定，卫生行政部门可对违法行为做出行政处理，亦可居中调解医疗纠纷。但事实上，除少数患者认为医疗行为违规违法，而向卫生管理部门举报、投诉要求惩处外，患方很少选择行政调解方式解决纠纷。在实践中，行政调解大多是严重个案中卫生行政部门的主动介

入，而非患方的自愿选择。如广东湛江患者家属冲砸医院索赔案(案例 10)，福建南平死亡患者家属冲砸医院案(案例 57)，福建连江患者死亡家属打砸医院设灵堂案(案例 95)。甚至当卫生行政部门主动介入调解纠纷时，遭到患方拒绝。

(三)暴力与不信任：主体—结构分析

吉登斯认为人的生活需要一定的安全感和信任感，当信任不再，其所引发的焦虑和愤怒会促使人们诉诸暴力，如前文所述的情感宣泄型医疗暴力。而在这种心理分析外，暴力行为的产生还可理解为结构与主体互动的结果，其可以是主体的理性选择，如前文所述的索赔策略型医疗暴力。作为主体的患方，与医方及各种医疗纠纷解决途径等结构性要素互动作用，进而基于种种原因质疑医疗行为的合理性、纠纷解决的及时有效性，并在外部信息(如媒体关于医德沦丧的报道、民众关于就医体验的负面信息)的刺激下形成医方及各类纠纷解决途径不可信任的普遍认识。在此认识支配下，患方趋向于通过私力解决纠纷并进一步引发出暴力。而若干实践证明暴力是迫使医方就范，在较短时间内解决问题的有效途径。进而，从情绪宣泄到索赔策略，从随机偶发到刻意谋划，暴力行为一再发生，最后也成为“惯例”，外化为一种结构性因素，继而影响人们解决医疗纠纷的行为选择并在行为中被不断复制。暴力又进一步加深医患之间的互不信任，最终出现循环往复的恶性因果链。

第一，医患双方的不信任以及患方对现行医疗纠纷解决机制的不信任，是医疗暴力发生的首要因素。这种不信任导致患方既不会轻易相信医疗事故鉴定(如案例 21 江苏南京患者家属殴打医生案)，也倾向于不选择诉讼解决(如案例 7：湖南长沙彭世宽故意杀害王万林案)，行政调解更因缺乏实效而被排除。故作为替代，私力救济、尤其是暴力性私力救济自然成为患方解决医疗纠纷的重要选择甚至是首要选择。

第二，医患双方的认知分歧，是医疗暴力发生的认识基础。医疗纠纷发生后，患方多认定医方侵权，自己是受害方，他们“坚信医方对不良医疗后果有过错”。附录一中有 84 例的患方认定医方存在这样或那样的过错。但医方通常认为已尽职责，患方是无理取闹，或出于自保

而推脱责任。进而，在这种认识分歧的基础上双方难以和平协商，私力救济只能更趋向于对立和冲突，更易引发暴力。

当然，患方认定医方存在过错，并不等于医方确有过错。医疗行为的专业性、高风险性及医疗结果的不确定性使得患方难以形成科学理性的认识。但其认定亦有外在的客观标准，医疗效果是否达到医方承诺或通常诊治效果，医疗过程是否公开透明，医务人员是否尽心负责，解释是否充分，态度是否友善等均影响其认定。对这些问题的否定性回答直接导致患方对医方的过错认定，也是患方不信任医方的重要原因。

第三，医患双方社会结构的差异，是医疗暴力发生的社会基础。医患双方分属于二种截然不同的社会结构：一为组织，一为个人，双方在社会角色、社会地位、资源控制、知识水平、专业技能等方面存在较大差异。医方掌握了更多的专业知识，在信息占有方面享有比较优势(如保管病历)，而且作为组织，在鉴定、诉讼等常规纠纷解决途径中占据有利地位。[64]事实上，在与医院、尤其是公立医院通过正式途径解决纠纷时，患方的成功率往往较低，因为公立医院和属下医生的关系密切，医疗纠纷关系到医院的声誉，所以不少医院会尽力否定医疗事故的成立。[65]故为维护权利，患方会采取法律框架外的解决途径，如诉诸暴力，还可能运用“弱者的武器”，在医院陈尸、设灵堂等，以迫使医方让步。因此，特定的社会结构成为导致医疗暴力频繁发生的重要因素。

第四，暴力解决的有效性，是医疗暴力发生的重要激励。患方通过实施暴力行为，既能发泄强烈的不满情绪，亦能以较低成本和较少时间令医方妥协，实现维权目标。“小闹小解决、大闹大解决、不闹不解决”这一当下中国纠纷解决的潜规则，在医疗纠纷解决中同样行之有效。如广东 2006 年上半年 200 起医疗暴力事件中，95%的患方试图通过扰乱医疗秩序达到赔偿目的，而最终有 129 件“私了”成功。[66]面对暴力，医方因顾忌社会影响而简单地“给钱了事”，无疑也激励了患方对暴力方式的选择。这种激励促使患方期待更多的利益，进而施加更大的压力，而医方又再一步退让……如此恶性循环，不信任及暴力均日益加深。同时，社会普遍支持患方，使其暴力行为不会或很少被追究，或其自认为行为正当而不会被追究，也是激励因素之一。



第五，暴力的运用是不断升级的。经验材料表明，即便在情感宣泄型医疗暴力中，大多数纠纷的解决还是从交涉开始的(如案例 3：湖北武汉医疗器械出故障患者家属暴打拘禁医生案，案例 14：重庆不满患者炸医院案，案例 21：江苏南京患者家属殴打医生案，案例 25：湖北武汉不愈患者故意杀害医生案，案例 27：江苏南京患者家属闹医院打医生案，案例 41：江苏南京三纠纷患者联合围攻冲砸医院索赔案，案例 55：福建宁德患者家属索赔不成砸医院案等)。当医方无意交涉或协商不成时，患方也可能寻求其他纠纷解决途径，而非直接诉诸暴力(如案例 7：湖南长沙彭世宽故意杀害王万林案，案例 21：江苏南京患者家属殴打医生案等)。即使最终诉诸暴力或者一开始即以暴力为索赔手段，暴力本身也是逐步升级的，从暴力威胁到轻微暴力，从轻微到中度最终到严重暴力。按照埃里克森依福利最大化规范的假说对类似现象的解释，救济措施的不断升级是为最小化有效威慑的费用。[67]当然，也存在患方一时冲动所为的极端行为(如案例 43：上海幼儿患者家长伤医案)。

第六，患方的悲痛情绪，是医疗暴力发生的催化剂。患方在投入大量金钱、时间、精力而未达到预期医疗效果，反而病情恶化、出现不可恢复的损害、甚至失去生命时，会产生极大的伤痛、失落、恐惧、悲愤等情绪，加上等待结果的疲惫和忧虑，一并放大了对医方的不信任。在情绪的支配下，医疗行为的细微瑕疵可能被放大为极端不负责(如案例 17：北京患者殴打医生案)，医生的无心之语可能会被视为对患者的侮辱(如案例 58：山东青岛患者家属误会医生伤医案)，甚至正常的医疗行为也会令患方疑神疑鬼，做出过激行为(如案例 8：河南郑州心急患者亲友打医案，案例 26：四川成都蛮横患者家属殴打医生案)。即使是相对克制的索赔策略型医疗暴力，往往也是激情和理性的混合，掺杂了患方很多的情绪因素。

以上六方面包含了激发医疗暴力的结构性因素，如现有纠纷解决机制的无效、医患双方社会结构的不平等；也体现了患者的能动选择，如对医方过错的认定，对暴力程度的控制。虽然它们呈现出一定的顺序或逻辑，但彼此的界限趋于模糊，往往是交织在一起共同作用于医疗暴力的产生。其中，后五个方面实质是对不信任的深入解释，认知分歧、结构差异、有效性判断等结构性因素必然导致不信任，而不信任又影响到个人的能动选择。因此，在医疗纠纷解决这一特殊时空范围，医疗暴力的产生既是现有体制安排(如医疗体制及其改革)、制度设计(如纠纷解决的途径)、医疗过程中的潜规则等结构性因素的作用使然，也是主体——医患双方，尤其



是患方的能动选择。即在这一主体和结构二重化的过程中，不信任乃是暴力发生的首要因素，内含不信任特质的种种结构性因素对于它们反复组织起来的实践——医疗暴力来说，既是中介，又是结果。[68]

四、为什么不信任

如何打破“不信任—暴力—不信任—暴力”的恶性循环、首要工作是获得关于此循环的复杂知识，故有必要对医疗暴力的最大诱因——不信任作出细致剖析。不信任之产生，同样源于各种主客观因素，既是制度因素使然，也有当事人的主观影响，如患方的激情驱使或理性选择。但医疗纠纷中的不信任相当程度上是由于制度本身不可信任，或者制度决定了不能信任。

(一)为什么不信任现有的纠纷解决机制

1. 为什么不信任医疗鉴定

患者不信任医疗鉴定的主要原因包括：第一，鉴定人与医方存在直接利害关系。医疗事故鉴定权原由卫生行政机关行使，是“老子”鉴定“儿子”，现在移交至各地医学会，变为“兄弟”鉴定“兄弟”。“当事人担任自己的鉴定人”，不符合程序正义。第二，现行的医疗鉴定程序不完善，如独立性不强，透明度不足，公正性不够，难以保证鉴定的公平和公正。第三，医疗鉴定耗时长。目前承担医疗鉴定工作的医学会属半官半民性质，没有常设鉴定机构，只能每月召开一两次鉴定会，而每位鉴定专家从事医疗鉴定只是兼职，故一次鉴定通常需要数月，最长可达两年多。同时，医疗事故鉴定是卖方市场，需要鉴定的病例多，排队等待鉴定的时间长。有调查表明，市一级的鉴定可能等上 4-8 个月，省一级的二级鉴定则可能拖一年左右。[69]耗时过长令许多患方难以等待，因而不选择鉴定。第四，医疗鉴定的结果大多不利于患方。2003 年至 2005 年，广州地区的医疗事故鉴定共 354 宗，仅 39 宗被鉴定为医疗事故，占

11.02%,即申请鉴定的近九成医疗纠纷被鉴定为“不属于医疗事故”。[70]这样的鉴定结果加剧了患方对医疗鉴定的不信任。

2. 为什么不信任诉讼

人们对纠纷解决的态度是一种典型的实用主义逻辑:哪一种方式更有效用、成本更低、更便利、更快捷,就会被选择。为什么信任或不信任诉讼,源于人们现实或预期利益之激励,取决于不同救济方式的收益、成本、效率、机制、功能等方面的比较。[71]患方不信任诉讼机制,除诉讼存在的程序复杂、规则繁琐、成本高等一般缺陷外,至少还包括如下原因:第一,法院对医疗纠纷的的处理过于简单。医疗案件多数复杂,但在司法实践中,法院审理却较为轻松,以医疗纠纷的专业性太强为由,法官裁决多直接依据鉴定结论。[72]而鉴定结论本身就遭质疑,进而审判也难令患方信服。第二,医疗案件的耗时比一般案件更长,因为几乎所有的医疗案件皆需鉴定,且双方争议极大。第三,法院审理医疗案件所依据的法律文件[73]与《医疗事故处理条例》的规定存在差异甚至冲突,形成了现阶段令人困惑的“二元”结构,例如,医疗纠纷的鉴定分为医疗事故鉴定和医疗伤害司法鉴定,医疗纠纷既可适用《医疗事故处理条例》也可适用《民法通则》,其赔偿标准分为医疗事故赔偿标准和一般人身损害赔偿标准等,以致在审理医疗纠纷案件时,不同法院、甚至同一法院不同法官掌握的标准不一,法律适用缺乏统一性,从而影响到医患双方特别是患方对诉讼的信任和选择。第四,虽有“举证责任倒置”作为平衡,但相对于作为组织的医方,患方在诉讼对抗中仍处于劣势,这也阻碍了其对诉讼的选择。

3. 为什么不信任行政调解/处理

患方不信任行政调解或行政处理的主要原因:第一,卫生行政部门作为医院的行政主管部门,与医方具有直接利害关系,难以中立公平地解决纠纷,事实上也确实存在卫生行政部门包

庇或袒护医院的情形。第二，与行政调解相伴随的行政处理，可能为卫生行政部门带来收益，如对违规的医院或医生处以罚款，但却很难让患者从中直接获取经济赔偿，欠缺利益驱动，故不为患方选择。第三，实践中，卫生行政部门对医疗纠纷的处理态度消极或含混不清，削弱了患方对其解决能力的信任。[74]

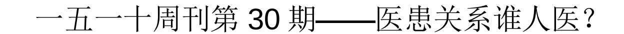
医疗鉴定、诉讼、行政调解、行政处理等现有纠纷解决机制的固有缺陷和实际运作不良导致患方的不信任，促使其更多地选择私力救济。从交涉到强制，从和平到强力，各种类型的私力救济在医疗纠纷的解决中发挥了重要作用。但为何这种私力救济不能完全以和平协商的形式，而日趋呈现一种暴力倾向，根本原因在于医患双方尤其是患方对医方的不信任。

(二)为什么医患之间互不信任

1. 患方为什么不信任医方

医务人员的道德水准和职业操守不断下降，是患方不信任医方的主要原因。其主要体现于诊疗、用药、收费、纠纷解决等环节。第一，诊疗过程中，医方的态度生硬、冷漠、甚至恶劣；未尽告知说明义务，医疗信息不对称；故意夸大病情及药物疗效，从中获利；忽视质量管理，三级查房流于形式，观察病情不细致，诊断治疗不及时，死亡及疑难病例讨论不深入，危重病人交接制度不落实；诊断过分依赖辅助检查结果，处方管理不严，药物应用不合理；甚至不顾自身条件盲目开展大型、复杂手术；使用无合法资质的医务人员从事医疗活动。第二，医方滥开药、滥检查、滥化验、滥打针输液、滥用好药贵药进口药、甚至更改医嘱多领、冒领药品。第三，收费和物价管理混乱，许多医院不同程度地存在自立项目收费、分解收费、重复收费、多收费、药价作假等情况，天价医疗费事件[75]就是集中体现。第四，纠纷发生后，医方大多能躲就躲，与患方缺乏沟通；或否认过错，推卸责任，阻碍患方的权利救济，如不让患者查看和复印医疗档案，或仅限于查看门诊记录、医嘱单、护理记录、手术同意书等客观病历，而不包括更重要的病程记录、会诊记录、死亡病例讨论记录等主观病历；还有医院涂改、伪造





医疗文书，甚至集体造假。第五，医生拿回扣、收红包、[76] “倒病人”、倒名医挂号证和手术序号证、虚假医疗广告屡见不鲜等，也加深了患方对医方的不信任。[77]

上述导致不信任的具体成因背后，还存在更深层次的宏观因素。

(1)政府投入缺位、监管不力。第一，国家在卫生领域的财政投入严重不足，医疗资源从整体上无法满足民众需求。1986 年财政拨款 122.23 亿元， 占当年卫生总费用 315 亿元的 38.69%；2003 年财政拨款 1116.94 亿元，仅占总费用 6584.10 亿元的 16.96%。[78]民众对医疗卫生的需求日益增加，而国家财政对医疗事业的投入幅度削减，两者落差扩大，矛盾难以避免。第二，政府对药品审批监制、医疗器械监管、医疗活动监控等方面的立法不完善，实施不到位。2006 年《医疗卫生绿皮书》显示，中国医疗卫生体制改革失败的原因主要是政府的投入缺位、监管不力和功能越位，政府应负更多责任。[79]

(2)医疗资源的分布严重失衡。第一，城市与农村、大城市与小城镇的二元发展模式导致医疗资源分布的两极化，城市成为医疗资源集中地。第二，原医疗体制改革中医院的商业化运作使医疗资源进一步向大城市大医院集中，初级医疗机构逐步萎缩。目前全国 80%的医疗资源集中在大城市，其中 30%又集中在大医院，而县级以下公共卫生机构仅 1/3 能正常运转，1/3 处于瓦解边缘，1/3 已瘫痪。[80]优质医疗资源被垄断，医疗服务的公平性下降，卫生投入的宏观效率低下，百姓就医的选择面名宽而实窄。大病、重病都得到大城市大医院就医，供需关系进一步失衡，为医院追求“高药价、高耗材”为特征的过度医疗提供了条件。

(3)药品管理体制极不完善，药品价格节节攀升。即便国家实行十多次药品降价，所涉品种多达万余，但民众仍痛感药价贵。第一，应对药品降价，许多生产厂家转为改换药品包装高价销售、停止生产降价药而推出“新贵药”并过度依赖广告宣传，增加的成本又转嫁给患者。第二，医院“以药养医”的体制弊端，加之与药品生产商、批发商存在回扣等不正当利益分配，医生依靠处方权垄断药品经营等，为药价虚高提供了生长土壤。第三，卫生部门的招标采购措施不健全，监督力度严重不足，导致本应公开、公正、公平的药物采购变成阳光下的腐败。第四，药品监管部门对药品的审批监管不严，为不少劣质高价药品的流通开了绿灯。2006 年药



监局审批的药品多达 1 万多种，而美国仅 100 多种，[81]巨大悬殊反映了中国药品监管的松散。第五，政府对药品价格管理只考虑流通环节而忽略了成本监控，也使得某些药品的指导价格不尽合理。

(4)医疗保险发展缓慢，医疗保障尤其是农村人口的医疗保障缺位。近八年来，中国人均门诊和住院费用年均增长 13%和 11%，大大高于人均收入增长幅度；全国约 48.9%的居民有病不就医，29.6%的患者应住院而不住院；79.4%的农民没有任何医疗保险，他们辛苦一年，“打个喷嚏”就可能把一年的全部收入交给医院。[82]即便对于城市人而言，大病也往往治不起，因为城镇医疗保险制度建设也明显滞后，难以满足需求。

(5)原医疗卫生体制改革不成功，[83]商业化违背医疗卫生事业的基本规律。如医改曾大力推行市场主导的“美国模式”，但受制于中国的经济水平[84]和法治状况，其没有发挥市场化的优势，却导致医院作为供方的过度服务，如大处方、大检查、药品滥用和手术滥用。目前中国的医疗卫生体制仍不健全，医院的产业化改革不到位，公立医院的运行机制不合理，存在过度的逐利倾向。

2. 医方为什么不信任患方

面对患方的不信任，医方也只能选择不信任患方，这是双方博弈的结果，尽管这是一项糟糕的选择。第一，医疗过程中，患方对医方“脆弱的信任”必然引起医方的预防性反应。患方在医疗过程中录音、录像等的预防性行为显然会导致医方的戒备和提防。第二，医疗纠纷发生后，医方与患方成为对立的纠纷当事人，其利益和立场不同导致更难相互信任。第三，医疗暴力的频繁发生加剧了医方对患方的不信任甚至恐惧。第四，面对医疗暴力，医方没有适当的自保机制。同时，媒体、公众甚至国家机关对待医疗暴力仍普遍支持患方，例如，只要暴力行为不过激，公安机关的态度基本是“不介入”，因为“不好判断是非”，甚至还有警察说：“人都死在你们医院了，还不让人家闹一闹？”这些均促使医方在医疗活动及医疗纠纷的解决中日趋保守。[85]



而与患方不信任医方的原因类似，医方不信任患方也有深层的制度因素。例如，医疗诉讼实行举证责任倒置、医疗事故责任保险制度缺位，致使医生在诊疗中趋于保守；医疗纠纷预警机制缺位，不能有效防控纠纷；医疗资源聚集于大城市大医院，医务人员负担加重，与患方交流的时间减少，工作压力大，责任重，易发生纠纷等。

以上概括的种种不信任成因，几乎都属于结构性因素，是决定医患双方尤其是患方如何认知医患关系、现有纠纷解决途径以及如何采取行动的依据。正如吉登斯指出，结构是人的能动作用的制约性条件，也是能动作用产生的助力。因此，以上导致医患关系从信任转化为不信任的因素也正是医疗暴力产生的深层原因。

3. 从信任到不信任：医患关系的过程分析

医患之间从信任到不信任的转变，实质是一个不完全信息框架下的博弈过程，适合从博弈互动的角度，结合具体个案，进行过程分析。在此以兼具情感宣泄和索赔策略特征的渐进的情感宣泄型医疗暴力个案——彭世宽故意杀害王万林案(案例 7)为例，尝试描述医患双方信任关系的动态演变过程。

首先，患方选择医疗服务会考虑空间距离，病情的严重程度，医院的级别、声誉、特色，医生的水平、专长，经济成本等因素。疾病普通且较轻者多基于便利原则进行选择；而对于严重、罕见或对医疗技术设备要求较高的疾病，医院和医生的选择便成为关键。例如，白血病患者彭世宽信任并选择王万林的“筛选法自体骨髓移植术”，就是基于湖南中医学院附属一院属于三级甲等医院，王万林为职业医师、专家教授，报纸和医院都宣称王的治疗方法效果良好。事实上，彭世宽完全不具备鉴别这种治疗方法科学性和有效性的专业知识，他只是凭借一些外在、不对称的信息去信任并选择，而这种信任相对脆弱。

其次，医疗过程中，医方仍占据绝对的信息优势。医方可轻易隐瞒患方的真实病情、康复概率等信息，而其是否恪守承诺或职责也很难客观显示出来，进而难以对医疗行为进行有效监督。而对收益最大化的追求，加之患者通常不可能作为医方长期或重复交易的对象，缺乏重复

博弈的机会，更增加了医方违背职业道德的可能。在彭世宽故意杀害王万林案中，王万林宣称其“筛选法字体骨髓移植术”可大大提高白血病人五年无病生存率。但事实上，该手术所依赖的医疗器械“自体血紫外线照射充氧处理装置”和药品“快速生血剂”均未经验证审核，也未取得临床使用的资格，明显违反《医疗器械管理条例》和《执业医师法》。而最早成为新闻报道中“手术成功者”的病人朱光再后来证明，他是为减免手术费用而替王做虚假广告。一批接受手术的患者也证实，王事前未告知该手术存在的弊端，与彭世宽同批手术的病友一年内全部复发。此类欺骗行为的曝光以及最终的不良治疗后果打破了患方对医方脆弱的信任。在这种信任弱化的情形下，处于信息劣势的患方从自身利益最大化出发，对欠缺有效监督的医疗活动倍加警惕，对医方既配合又提防。

再次，医疗事故的出现、预期医疗效果未达到或不良医疗后果产生，成为医患双方信任关系的转折点。王万林被杀的导火索就是彭世宽的手术失败，他手术后不到三个月即复发，不仅未达到王所承诺的疗效，而且病情由原来的“慢性期”恶化到“进展期”。当然，治疗结果具有一定的不确定性。倘若事前医患双方信息沟通充分，医方明确告诉患方可能的风险，大多数患方是能理性接受不良后果的。但如果医方事前隐瞒或夸大其词，致使患方的预期与结果落差过大，加之医疗结果“难以核实”，在原本就质疑的基础上，患方就更可能对不良医疗后果做有利于己的理解，认定医方存在过错，并在悲痛情绪的支配下，彻底丧失对医院的信任。

治疗结果成为医患信任关系的转折点或方向标，一旦治疗结果达不到预期或发生医疗事故，医患之间最初的“脆弱信任”便会立即戏剧性地转变为彻底的不信任。因此，患方对医方的信任呈现出一种结果导向性，即医患之间的信任是一种以实质正义(即追求良好的或预期的医疗效果)为目标的结果导向的信任。当然，除治疗结果外，双方行为和相关的外部因素也都影响到不信任的产生及强度。

复次，在接下来的医疗纠纷解决中，医方若为逃避责任而继续隐瞒、欺诈、对抗，则会进一步加深患方的不信任及愤怒情绪。例如，针对彭世宽的手术失败，医院及王本人为否定彭的说法并拒绝其赔偿要求，声称根据病历记载和会诊结果，彭的病情已由手术前的“进展期”好转为“慢性期”。但彭妻刘志萍出示了一份彭入院时由王万林亲笔书写的诊断证明，载明彭手术前属“慢性期”。医方的推诿甚至持续欺诈加深了患方的不信任，以致医患双方几近仇敌。



而在情绪催化下，暴力倾向渐渐显露。彭世宽就反复多次到医院争吵，讨说法，还动手打伤过王的儿子。

最后，由于现有纠纷解决机制缺乏效用，患方倾向于选择“私了”，而缺乏信任导致和平协商的难度增大，当交涉不成时，部分患方便选择了暴力解决。例如，彭世宽最终杀害王万林，实现了自己的报复正义。类似案例普遍(如案例 10：广东湛江患者家属冲砸医院索赔案，案例 21：江苏南京患者家属殴打医生案)。而面对患方的暴力，在舆论攻势或者自知理亏的情形下，医方变得消极。不是认真阐明事实或主动认错改过，而是花钱了事且在日后的医疗中持续对患方的戒备和不信任。医患信任关系陷入恶性循环，医疗暴力因此愈演愈烈。

上述个案分析表明，从就医到发生纠纷，从纠纷升级到暴力解决，医患之间的信任关系经历了“(脆弱的)信任——信任弱化——信任破裂”这一转换过程。多年以来频繁发生的医疗暴力基本上都重复了这样的路径，而同一或相似的社会行为不断地经由时空两个向度再生产出来，社会系统便显现出其结构性特征。[86]例行化的暴力解决方式开始作为“惯例”影响、修正着人们的行为选择，最终将患方对医方的不信任推向一种近乎当然、常识和直觉的层面，形成“实践意识”。这种意识又通过信息交流传染到潜在的患方，即普通民众，并影响其行为。进而，医患之间的不信任更加普遍和根深蒂固，成为转型中国信任危机的一个方面，并促使了整体危机程度的进一步加深。不信任成了一个惯习，甚至一种文化。当今处于转型时期的中国，不信任的文化广泛盛行，已成为一个日益严峻的社会问题。

五、重建信任

信任是人类社会存在和发展的基础，是简化复杂性的机制之一，[87]不信任减少社会福利，败坏社会道德，影响经济发展，损害社会和谐。从经济学视角而言，信任与经济增长密切相关，[88]它可以视为交易双方愿意把对方效用最大化作为自己效用最大化的一种方式。而医患之间的不信任无疑会破坏这种利益最大化的机制。一方面，患方把自己的生命、健康托付给医方时，却不能全心相信其仁心仁术，提防质疑时时显现；另一方面，医生对医疗风险过度忧虑，担心医疗后果不良时患方会无理取闹，也难以心无旁骛，凭借专业技能，对病情作出尽可

能准确的判断，实施最优的治疗方案。而一旦发生纠纷，双方更难以信任彼此，理性协商解决，最终医疗暴力发生，损失进一步扩大，医患关系的和谐丧失。即便患方可能从医疗暴力中获取一定的精神收益或物质赔偿，也需付出较大代价，甚至可能遭遇国家强力的打击。

医疗暴力应该抑制和减少， 医患关系应逐步和谐，这需要采取全方位多层面的对策。其中，最根本的措施是重建信任，包括医患之间的信任以及患方对医疗纠纷解决机制的信任。唯有信任，才能营造医患双赢局面，促进双方的收益最大化；唯有信任，患方才可能更理性地对待和解决纠纷，放心将其提交医疗事故鉴定、行政调解、行政处理或诉诸司法，实现纠纷的和平解决。

信任本身的特质决定了其难以建立，却易被摧毁。一旦信任丧失，恢复则尤为艰难。而且，社会变动越快，信任越易流失。转型中国面临的信任危机是极其严重的。故重建信任同样需要全社会多方面的不懈努力，尤其着力于制度建设，使医患双方在制度约束下更愿意选择信任和合作，使患方在发生纠纷时理性地交涉、申诉和诉讼。制度的完善有助于提升医患行为的可预见性，增强吉登斯所谓的“可信赖感”，激励更多的信任出现，抑制不信任和医疗暴力的发生，从而打破“不信任—暴力—不信任”的恶性循环，促进医疗纠纷解决的理性化，引导医患关系走向和谐。有人将信任分为基于个性特征的信任、基于制度的信任、基于信誉的信任。[89]重建信任的首要目标就是，扩展基于制度的信任。只有在此基础上，才能进一步培育基于信誉的信任。

依据信任产生存续的基础，信任可以分为结果导向的信任和过程导向的信任。医患关系以医疗结果作为信任与不信任的分界线，强调实质正义，体现结果导向。而过程导向的信任，典型例证是诉讼程序。诉讼程序的设计强调过程，当事人只要参与了公正透明的程序运作，在诉讼过程中获得了充分尊重，即便败诉，其不满仍可通过过程的公正予以吸收，此即程序正义的实现。借鉴这一制度设计，根据医患关系和医疗纠纷的特点，重建信任的方向，应当是迈向一种过程导向的信任。即通过一系列制度设计，保障医疗过程及医疗纠纷的解决符合程序正义，消解以结果作为可信任评判标准的偏颇同时吸收患方的不满。因此，一方面，要提高医疗过程的公开性和透明性，使患方充分获取病情、治疗和药品等方面的信息，缓解不确定的医疗结果对患方的冲击力，且明确只要医疗活动严格符合程序，医方便可免责；另一方面，应增进医疗

纠纷解决途径的公正性、合理性和高效性，使纠纷得到及时顺利地解决，防止冲突升级和医疗暴力的发生。

因此，我们将立足制度建设，从激励与惩罚两个方向切入，迈向一种过程导向的信任。激励，旨在保证选择信任可以获益，至少不受损失，从而促使更多的信任出现。惩罚，旨在减少破坏信任的行为，进而增强制度的可信任度。因此，信息传输应足够快捷，及时发现破坏信任的行为并予以适当惩罚，国家、组织和个人还要有实施惩罚的激励，以提高违法行为的发现概率，即惩罚是可置信的。

(一)重建医患信任

医患信任的重建应从宏观和微观两个层面着手。宏观层面的措施至少包括：加大医疗卫生事业的财政投入，尤其是城镇、农村的投入，平衡医疗资源分布结构；完善公立医院的运行机制，允许并鼓励民间和外国资金设立医院，引进竞争机制；限制医院的逐利性，完善药品管理体制，加大对药品市场的监管和调控力度，有效抑制药价虚高；加速发展医疗社会保险，加大保险支付的比例，尽快将农村人口纳入医保体系，并发展医疗商业保险作为补充；立足国情，深化医疗体制改革，解决“看病难”问题，缓解民众的不满。为此，政府应担负更多责任，包括更多的投入、更严的监管、更全面的功能。应当承认，“发展才是硬道理”，上述目标的实现依赖于经济和社会的充分发展。

就微观层面而言，制度设计应考虑对医患双方的平等保护。对于部分患方的无理取闹，法律应为医方提供更多更切实的保障。但问题关键在于医方，故医方应为重建信任做出更多努力。主要措施如下：



1. 加强医院内部管理

(1)提升医疗透明度，保障患方知情权。坚持医疗告知制、医疗服务信息公示制、住院病人费用清单制；耐心解答患方咨询，使其了解各项费用、诊治程序、检查项目及真实病情；允许手术过程全程录像；允许病方查阅和复印病历，包括主观病历；在患方充分知情的前提下尊重其选择；拓宽医患沟通渠道，成立医患沟通委员会，[90]定期收集意见并及时改进；设立医疗咨询热线；推广患方的权利义务教育；为临床医务人员提供沟通培训课程等。

(2)完善规章制度。完善值班、交接班制度；落实专业技术责任制；实施临床程序守则及临床监查制；设立急症分流制；制订医疗记录管理标准及手册；明确医务人员职业规范，对见死不救、误诊滥诊、拿回扣、收红包、未尽责任、态度恶劣等行为予以处罚，从通报批评、警告直至除名；完善投诉处理和反馈机制，建立健全内部监督机制，保障各项规章制度的切实执行。

(3)加强病案管理。病历资料是医疗过程的书面记录，纠纷解决的重要证据。医务人员篡改、伪造病历以掩盖过失、逃避责任或阻碍患方获取病历的行为，[91]是患方不信任医方的一大诱因。应采取措施，严防病历篡改，如严格执行病历书写制；病历交由患方签字；病历定期复印，交患方一份；严格规定篡改病历的法律责任；尝试设立病历的第三人备案制，尤其是电子病历。

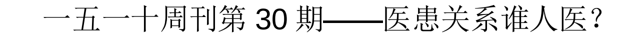
(4)健全激励机制。实行量化管理和岗位目标管理，强化服务和竞争意识，加强工作责任心；医疗质量、服务态度等与收入挂钩，通过奖励等方式充分调动医务人员积极性。

2. 强化外部监控

(1)加强政府监管。卫生行政部门应完善医疗监管制度，建立医疗事故防控机制，抑制医院的逐利性，控制药品价格，制定行业行为规范，取缔非法行医；工商管理部门应规范医疗宣传，杜绝虚假广告；政府各有关部门应厘清职责，分工配合；通过监督检查，悬赏举报、患方







和民众投诉等各种途径发现违法违规行为，并严厉打击；处罚应足够严厉，并广泛宣传，提升威慑效用。

(2)发挥媒体的监督作用。一方面，媒体要强化监督，特别是对违法违规行为予以揭露，医院或医护人员则应乐于接受监督；另一方面，媒体应加强与医疗机构的沟通，加大正面宣传力度，报道全面客观，杜绝失真、倾向性报道，减少误导。

(3)建立评估机制及信用档案。可由医师协会、医院协会等组建医疗评估机构，对医院服务进行综合评估，通报结果，促进医院自律，引导患者选择；建立医生信用档案，记载其工作经历、奖励、惩罚、投诉、发生的医疗差错或医疗事故等信息，并在行业内建立个人信用与工作获取、晋升机会等挂钩的机制。

(4)建立医疗风险防范化解机制。尤其需设立医疗责任保险，由医疗机构与医护人员共同缴费，由保险公司承担因医疗过失、医疗事故造成的赔偿责任。医疗纠纷发生后，保险公司或其委托的纠纷处理机构出面协商理赔更为理性，患方可得到及时赔付，医方则可从纠纷的困扰中摆脱。若某医生赔付额居高不下，可提高保费或不予承保，以督促其谨慎行事。

(二)构建可信任的医疗纠纷解决机制

1. 改革医疗鉴定制度

具体措施诸如：医疗事故鉴定和医疗伤害司法鉴定应当合一；建立更加独立的医疗鉴定机构，鼓励医学专家积极自愿参与医疗鉴定；建立全国性的鉴定专家数据库，授权双方当事人遵循一定的规则抽选组成鉴定委员会；根据医疗事故的复杂程度，确定不同鉴定机构；统一鉴定标准和程序；改变目前三级鉴定机构对同一事故重复鉴定的现状，规定一次鉴定原则，当然亦有补救机制；缩短鉴定的时间，特别是鉴定的等待期；就鉴定的提起、范围、受理、程序、时限、鉴定结论、重复鉴定、法律责任等做出明确规定等。



2. 完善医疗诉讼制度

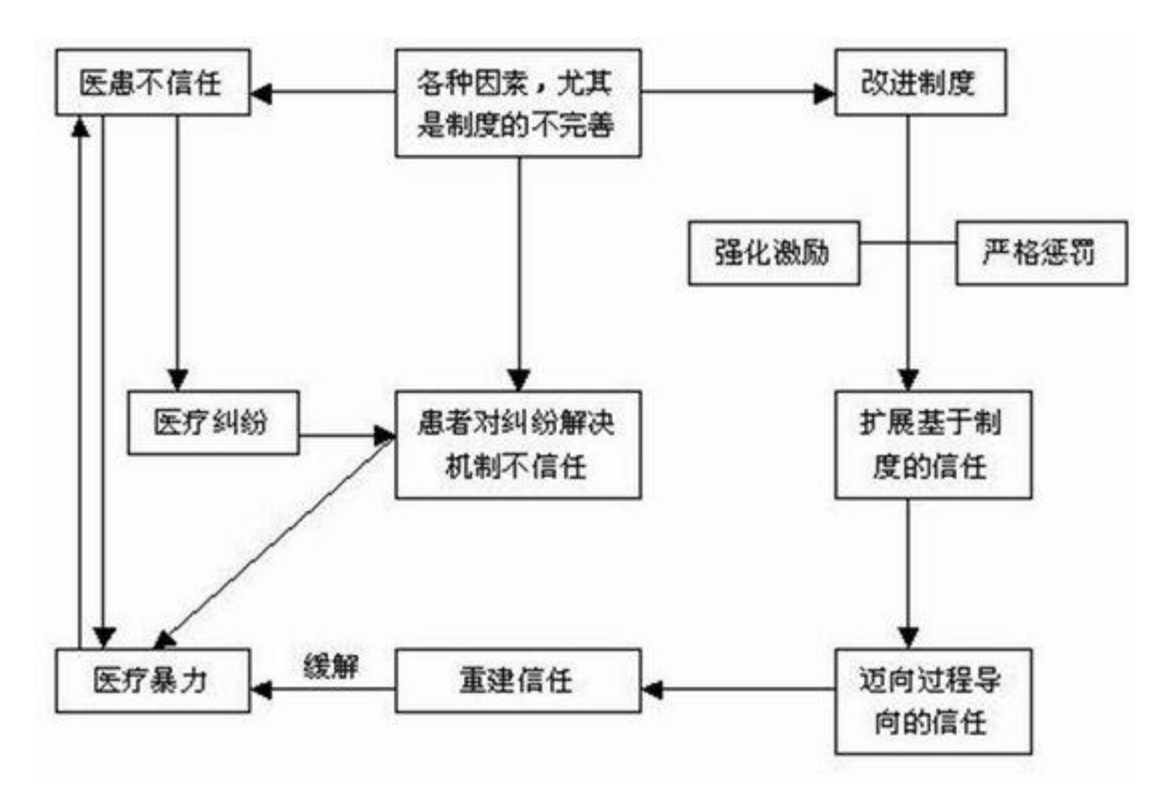
中国正在积极推行司法改革，《民事诉讼法》的完善也列入了立法日程，可以预期，诉讼制度将不断完善。根据医疗纠纷的特殊性，可考虑作出如下特别规定：针对医疗纠纷建立专门的“绿色诉讼通道”，优先立案、优先审理、优先执行，以提高诉讼效率；更多地实行诉讼费用的缓、减、免，以降低诉讼成本；除实行举证责任倒置外，针对医疗诉讼中最重要的两类证据材料——病历和鉴定结论做出认证和采信方面的具体规定，以防止欠缺医疗专业知识的法官自由裁量不当；篡改病历构成证明妨碍，除特殊情形外，医方通常应承担举证不能或作出对篡改者不利判断的法律后果；医疗诉讼案件较多的法院，可设立专门的合议庭甚至专业审判庭；规定专门的医疗诉讼程序等。

3. 发展和完善医疗纠纷的非讼机制

第一，坚持自愿和合法的原则，以中立身份进行协调，充分发挥行政调解的作用；第二，加强卫生行政部门的自身建设，落实对医疗活动的监督管理，完善行政处理机制，通过对行政违法违规行为的处理推进医患信任；第三，完善制度，增加激励，如明确规定医疗纠纷和解协议的法律效力，促进医患双方更多地协商和解；第四，大力发展针对医疗纠纷的专门性 ADR(代替性纠纷解决机制)。目前中国已有一些探索，例如，山西成立首个省级医疗纠纷人民调解委员会，北京首家“医患纠纷调处工作站”在丰台区长辛店医院挂牌，[92]还有人提出构建医疗纠纷解决的“大调解”制度。[93]应开拓创新，建立灵活多样的纠纷解决机制，促进 ADR 的运用。比如，发展医疗纠纷诉前调解等司法 ADR，并通过降低诉讼费用等方式引导当事人选择；发展律师或民间团体主持医疗纠纷解决的 ADR；以及设立专门的医疗纠纷调处和仲裁机构，仲裁员由医疗专家、卫生官员、法律人士等组成，强调中立性评估和调解，实行一裁终局，不服仲裁裁决向法院起诉后，法院只进行形式审查等。

按照吉登斯的理论，上述完善制度的种种努力正是个体改变社会结构，为自我发展创造更有利环境的能动过程。合理的制度安排，不仅可以制约医疗暴力等于社会发展不利的纠纷解决方式，而且可以增强相关主体间的相互信任。但也必须认识到，医患双方的互不信任，以及患方对现有医疗纠纷解决机制的不信任，皆是转型中国信任危机的一部分。在信任危机整体没有根本转变之前，通过上述努力所重建的信任只能是适度的信任。问题的最终解决还有待于中国社会整体的信任重建。这在很大程度上又取决于中国社会转型的顺利完成以及经济和社会的协调发展。

为了更清晰地描述本文的逻辑关系，为医疗暴力的产生及化解、信任的丧失及重建提供一个整体的认知框架，我们制作了一个医疗暴力、不信任及重建信任的理论模型（图 2）



以上模型展示了医疗暴力的发生逻辑。医患之间的不信任是医疗暴力产生的根本原因，其可能直接导致暴力发生，也可能触发医疗纠纷；同时，患方对现有医疗纠纷解决机制的不信

任，也激发纠纷的暴力解决。而导致医患之间不信任以及患者对纠纷解决机制不信任的原因众多，最重要的是制度的不完善。因此，抑制医疗暴力，改进医患关系，根本在于重建信任。而信任的重建须立足于制度改进。分析表明，制度改进应从强化激励和严格惩罚两个方向入手，积极培育一种迈向程序正义的过程导向的信任，最终缓解医疗暴力，促进医患关系的和谐。

六、结语：迈向一种暴力维权的法理学

基于本文的研究可以发现，暴力维权的普遍化与信任危机是中国转型时期的两项重大特征，而且，两项特征之间存在相互激励的关系。关于信任危机的讨论甚多，本文亦以此为主题。而将人们普遍忽视的暴力维权现象加以系统化和理论化，也是本文的另一隐含线索。这一论题值得高度关注，故笔者在文章最后将其明朗化，并大力倡导认真对待转型中国暴力维权的普遍化，迈向一种暴力维权的法理学。

本文以医疗暴力为例，对暴力维权进行了初步探讨。暴力是手段，维权是目的，即通过暴力方式维护权利、实现正义。医疗暴力，不论是情感宣泄，还是索赔策略，在相当程度上体现了民众维权的意旨，呈现了作为一种正义实现途径的现实意义。而在更广阔的社会背景中，应当清楚地看到，尽管推进社会和谐被视为中国政府和人民共同奋斗的目标，但暴力根深蒂固地存在于人类社会，社会转型时期更是暴力的多发期。不仅医疗纠纷，而且劳动争议、征地纠纷、拆迁冲突、企业改制重组案件、移民安置补偿事件等纠纷的当事人都相当普遍地诉诸暴力维权，有的为讨个说法而放火，有的为寻求公道而绑架，有人为权利而自杀，有人为权利而杀人，如此种种，不一而论。暴力维权何以普遍化？是社会政策的过度不公，社会利益格局的严重失衡，贫富差距的不断加大，社会不公的日益突出，社会矛盾的错综复杂，还是当今中国缺乏理性的纠纷解决机制，抑或是转型时期种种因素的综合？进而，这是转型中国所特有，还是发展中国家迈向法治进程中的必然伴生物？

暴力成为了实现正义的途径之一，那么暴力与正义的关系如何？从古至今，两者便是一组有趣的对立物，既相互矛盾，有时也相互促进，既令人困惑，又充满张力。通过暴力寻求正义的当事人，一个个充满焦虑和期待、为生活而奔波、为权利而斗争的鲜活生命，他们的命运是

怎样镶嵌在当今这个急剧转型的社会之中，他们的行为是怎样为这个复杂多变的社会结构所制约，而其行为又是怎样反过来影响着转型中国的社会结构？

对待暴力维权，国家显然不会也不应当鼓励，且适当情形下需加以制止或打击。国家对其究竟采取何种政策？从近期到长远，从直接防控到根本化解，暴力维权普遍化的治理既需要有针对性的现实解决方案，更需要通过深层的制度变革，有效预防并逐步减少暴力维权的发生，最终彻底解决这一社会问题。

立足中国现实，面对中国问题，对上述种种问题的回应，即构成暴力维权的法理学之基本框架。而这正是下一步理论扩展的方向。

注释：

* 基金项目：教育部重大攻关项目“多元化纠纷解决机制与和谐社会的建构”（项目合同号：05JZDH004）。本文一个简本发表于《法制与社会发展》2008 年第 1 期，《高等学校文科学术文摘》2008 年第 2 期转载。

** 徐昕(1970-)，男，江西丰城人，西南政法大学教授、博士生导师；卢荣荣(1983-)，女，贵州毕节人，西南政法大学硕士研究生。

[1] 本文选取使用最经常的“医疗暴力”一词来指代本文的研究对象，关于词语的使用频率，本文通过网络搜索来确定。利用百度(www.baidu.com)搜索关键词“医疗暴力”(加引号)，2007 年 2 月 14 日搜索到的相关网页达 47,100 篇；而搜索关键词“医患暴力”，获得相关网页 394 篇；输入“医院暴力”，获得相关网页 6850 篇。

[2] 王璠等：“医疗暴力的危害、原因及对策”，《医学与哲学》2005 年第 11 期；荆春霞等：“医院场所暴力发生的流行特征及原因分析”，《中国公共卫生》2003 年第 7 期；马伟光、李继平：“医院场所暴力原因分析及对策”，《护理管理杂志》2005 年第 5 期；杨玉静：“医院暴力相关原因分析及对策”，《解放军护理杂志》2006 年第 3 期；陈益群、余海：“推动医疗立法，改善医患关系”，《国际医药卫生导报》2002 年第 6 期。检索时间：2007 年 2 月 1 日。

[3] 如陈卫、刘晓琴：“从一起医疗纠纷案件谈涉诉鉴定结论之规范”，《中国司法鉴定》2004 年增刊；孔令海等：“一起猝死医疗纠纷协商解决的思考”，《中国司法鉴定》2004 年增刊；田斌榜：“从 3 例医疗纠纷案件审理看技术型法官的意义”，《法律与医学杂志》2004 年第 1 期。

[4] 李波等：“护士在医疗场所遭受暴力侵害的现况分析”，《中国医院管理》2005 年第 12 期；张宏等：“深圳市一所医院‘医疗单位暴力’流行特征、危险因素及干预效果研究”，《广州医药》2006 年第 4 期。

[5] 例如，朱翠平、朱晓明：“应对医疗场所暴力事件的措施”，《国外医学、护理学分册》2001 年第 4 期；张洁：“如何遏制医疗纠纷暴力案件”，《湖北日报》2001 年 9 月 8 日。

[6] 例如，尤中华：“当前医疗事故技术鉴定中的问题及建议”，《法律与医学杂志》2004 年第 1 期；李晓霓：“从‘知情同意’谈患者的权利”，《中国护理管理》2004 年第 2 期；蔡永彤：“再议现行医疗纠纷调整机制的立法缺陷与完善”，《黑龙江省政法管理干部学院学报》2004 年第 2 期；万里涛：“浅议医疗纠纷的非诉讼解决方式”，《中国卫生监督杂志》2005 年第 1 期。

[7] 游宗宪：《台湾医疗纠纷中病患采用自力救济行为探讨》，长庚大学医务管理学研究所硕士论文，2004 年。

[8] 林东龙：《医疗纠纷之社会控制：社会学分析》，台湾国立中山大学中山学术研究所博士论文，2005 年。

[9] 参见徐昕：《论私力救济》，北京，中国政法大学出版社，2005 年版。

[10] 参见[英]安东尼·吉登斯：《社会的构成：结构化理论大纲》，李康、李猛译，三联书店 1998 年版。

[11] 同上，第 89-93 页。

[12] 信任感是基本安全体系中最深层的要素，一旦信任缺失，安全感遭破坏，人们的行为就会受到焦虑的全面扰乱，变得易怒而冲动。同上，第 114-133 页。

[13] 上海某三甲医院领导及有关人员为调查提供了极大便利，特此致谢。

[14] 笔者先前也尝试过利用社会新闻作为间接经验材料进行学术研究，参见徐昕：“为权利而自杀——转型中国农民工的‘以死抗争”，《乡村中国评论》第 2 卷，广西师范大学出版社，2007 年版。

[15] 例如，“医疗纠纷可否不再见血？”，http://www.39.net/HotSpecial/yljf/。本文引用的网络资源，皆于 2007 年 2 月 1 日重新访问。

[16] 因篇幅限制，附表一见 http://justice.fyfz.cn/blog/justice/index.aspx?blogid=278749。

[17] 杜海岚：“遏制医疗纠纷上升势头，326 所医院问卷调查综述”，《法制日报》2002 年 2 月 21 日。

[18] 丁邦宁：“引入商业保险机制有利于解决医疗纠纷”，《保险研究》2005 年第 4 期。

[19] 刘墨非：“七成多医院出现过病人及其家属用暴力殴打、威胁、辱骂医务人员的事件”，http://www.cmacjs.com/gmbbs/printpage.asp?BoardID=6&ID=385。



[20]“医闹”是一个特殊的人群，他们穿梭于各大医院之间，努力寻找“商机”。不同于以往的“医托”，他们往往和医疗纠纷中的患方形成“统一战线”，受雇于患方上医院闹事，获赔后提成。他们或在医院门前聚众静坐，或拉起条幅向医院施压，或将死者或伤者抬到门诊大厅，甚至聚众打砸医院设备，扰乱医疗秩序。医闹更多是一种姿态，但亦属于暴力威胁。更多如见全来龙：“‘职业医闹’现身南昌，省卫生厅称要依法打击”，http://www.jxgdw.com/jxgd/news/dzhs/userobject1ai663929.html；陆彤刘方园：“大连出现职业医闹，专帮患者向医院索赔从中提成”，http://www.soqos.com/news/view_9111.html；宋永坤张迪：“成都职业‘医闹’危害大”，http://jk.scol.com.cn/06/0717/14/GEFN5V9QM3KKHZB5.html；陈娟：“昆明职业‘医闹’：到底是维权还是取闹”，http://health.sohu.com/20060714/n244252831.shtml；熊堰秋：“郑州职业医闹调查：自比梁山好汉却让患者受害”，http://news.qq.com/a/20060824/001421_1.htm；徐昌、杨黛清：“广州百余‘医闹’闹瘫医院，警方亲见闹事者分钱”，http://61.135.142.212/jk/ysbb/news/2006/11-02/814242.shtml。

[21] 王淑军：“中国医师协会调查显示：三年来‘医闹’愈演愈烈”，《人民日报》2007 年 1 月 10 日。

[22] “维护医疗秩序、保证医患安全，呼唤法制和人民警察的作为”，http://www.rmblog.com/user2/13623/archives/2006/134372.html。

[23] 刘忠、朱长振：“打医生成时尚？2001 年郑州暴力袭医现象透视”，http://unn.com.cn/GB/channel2200/2202/200112/30/144508.html。

[24] 鞠坤凌 黄金斌：“亟待改善医院执业和发展环境”，http://www.chcb.com.cn/2005/3-28/151713.html。

[25] 中华医院管理学会维权部：“谁来保障医务人员的权益”，《中国卫生》2005 年第 3 期。

[26] 傅艳、金世宗：“医院暴力事件迭起，川大华西医院为 6 医生配备保镖”，http://www.sc.xinhuanet.com/content/2004-02/25/content_1676067.htm。

[27] 刘琳、汪伟：“医患关系越来越紧张 白衣天使沦为受伤天使”，http://www.39.net/HotSpecial/yhgxzt/jjq/83065.html。

[28] 一位业内人士指出，这只是些“值得”上报卫生主管部门的较大事件，而几乎每天发生的医护人员被搧耳光、被揪拉的“小事”至少是现有统计数据的 10 倍，被辱骂更是难计其数。见陶孙进：“南京医患冲突事件接连不断”，《金陵晚报》2004 年 11 月 10 日。

[29] 鞠坤凌 黄金斌：“亟待改善医院执业和发展环境”，http://www.chcb.com.cn/2005/3-28/151713.html。



[30] “为缓解医患矛盾，建议推行医疗责任保险”，http://www.ngdzy.org.cn/content.asp?news_id=1494。

[31] “医师执业环境现状”，http://bbs.cnhubei.com/dispbbs.asp?boardid=180&id=529822。

[32] 任珊珊、陈广泰：“广东医院上半年遭患方‘暴力索赔’两百起”，《广州日报》2006 年 9 月 9 日。

[33] 该案虽来自网络搜索，但笔者之一徐昕碰巧亲身经历了这一事件。

[34] 任珊珊、陈广泰：“广东医院上半年遭患方‘暴力索赔’两百起”，《广州日报》2006 年 9 月 9 日。

[35] 鞠坤凌 黄金斌：“亟待改善医院执业和发展环境”，http://www.chcb.com.cn/2005/3-28/151713.html。

[36] “天津严肃处理数起不法分子聚众闹事恶劣案件”，http://www.qingdaonews.com/gb/content/2003-05/11/content_1376985.htm。

[37] 关于私力救济的概念、特征、类型等，参见徐昕：《论私力救济》，第 2 章。

[38] 当然，据常识，可判断在大多数一般性的医疗事故中患方索赔金额不会高得太离奇。本文在数据收集上存在因新闻媒体关注“大事件”而凸现惊人索赔数额的缺陷。但索赔数额走高是不争的事实，这与医疗费用的暴涨有关，也是高额索赔个案成功的激励使然。

[39] 参见徐昕：“为权利而自杀——转型中国农民工的‘以死抗争’”，《乡村中国评论》第 2 卷，广西师范大学出版社，2007 年版。

[40] 如湖南长沙彭世宽故意杀害王万林案(案例 7)，彭世宽也曾多次同王万林及医院交涉，向湖南省卫生厅中医管理局反映情况，但均未获得满意结果。而鉴定不可信，诉讼太耗时。所以，在多方“讨说法”无果的情况下，彭世宽选择了“报复正义”，杀死王万林。

[41] 参见[英]安东尼·吉登斯：《社会的构成：结构化理论大纲》，李康、李猛译，三联书店 1998 年版，第 43 页。

[42] 关于惯例破坏引发的信任感丧失，参见吉登斯在《社会的构成：结构化理论大纲》第二章中对“无意识、时间和记忆”的阐释以及对埃里克松有关理论的解读。[英]安东尼·吉登斯：《社会的构成：结构化理论大纲》，李康、李猛译，三联书店 1998 年版，第 114-133 页。

[43] 石磊、石小宏：“医患矛盾凸现社会深层问题——医患关系‘患’在何处”，《四川日报》2006 年 6 月 20 日。

[44] 方燕君：“医患诚信问题探讨”，《医学与哲学》2006 年第 6 期。

[45] 肖余恨：“揭开医院价格暴力的根源”，http://business.sohu.com/2004/04/17/56/article219865610.shtml。

[46] 卫生部：“第三次国家卫生服务调查主要结果”，http://www.moh.gov.cn/newshtml/8981.htm。2005 年，卫生部在全国抽取 95 个县(市、区)、475 个乡镇(街道)、950 个村(居委会)、57000 户、约 20 万常住人口，实施了该项调查。

[47] 张伟：“石家庄医患纠纷调查，双方极度不信任演化为暴力”，《中国经济周刊》2006 年 2 月 20 日。

[48] 成功、苏永通：“名医被杀为何一片叫好”，《南方周末》2005 年 8 月 25 日。

[49] 《医患“橡皮筋”的博弈》，http://www.yongyao.net/zhuanti/yhgx/zx09.html。

[50] 张伟：“石家庄医患纠纷调查，双方极度不信任演化为暴力”，《中国经济周刊》2006 年 2 月 20 日。

[51] 相对于患方，作为组织的医方在运用正式的纠纷解决途径(如诉讼)上天然地具备优势，也更容易获胜诉。具体论述参见[美]唐纳德?布莱克：《社会学视野中的司法》，郭星华等译，北京，法律出版社，2002 年版，第 43－45 页。

[52] 同注 49。

[53] 傅艳、金世宗：“医院暴力事件迭起，川大华西医院为 6 医生配备保镖”，http://www.sc.xinhuanet.com/content/2004-02/25/content_1676067.htm。

[54] 例如，“家属停尸闹场，医生带刀防凶”，http://bbs.fm987.com.cn/dispbbs.asp?boardid=45&id=41570；“患者家属到医院滋事，四川某医院医生上班得带刀”，http://news.qq.com/a/20050225/000754.htm。

[55] 深圳市山厦医院与某死亡患者的家属发生纠纷，医生护士连日遭受患方和医闹的围攻谩骂，医院全体人员头带钢盔上班，值班医生戴钢盔给病人诊断，护士戴钢盔打针，医院杂工和财务人员等也戴上钢盔。李少华：“医院全体医生护士为安全戴钢盔上班”，《广州日报》2006 年 12 月 25 日。

[56] “患者家属：不鉴定不告你，就要钱”，《新华每日电讯》2005 年 6 月 3 日。

[57] 陶孙进：“南京医患冲突事件接连不断”，《金陵晚报》2004 年 11 月 10 日。

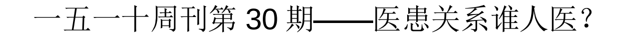
[58] 刘璐璐、叶超：“医患纠纷处理机制调查及对策分析”，《中国医药报》2005 年 10 月 13 日。

[59] 李洁：“记者调查百个案例，医疗纠纷多因大夫水平低”，《法制晚报》2006 年 4 月 6 日。

[60] 郭继志：“医患冲突白热化的根源”，《中国医学伦理学》2006 年第 3 期。







[61] 刘璐璐、叶超：“医患纠纷处理机制调查及对策分析”，《中国医药报》2005 年 10 月 13 日。

[62] 付子堂等：《医疗纠纷案件审理之实证分析》，人民法院出版社，2006 年版，第 41-43 页。

[63] 参见徐昕：《论私力救济》，中国政法大学出版社，2005 年版，尤其是第 3、4 章。

[64] 在存在利益对抗的法律行为中，组织天然地具备优势，如组织比个人更喜欢正式的纠纷解决途径——诉讼，也更容易胜诉等。参见[美]唐纳德?布莱克：《社会学视野中的司法》，郭星华等译，北京，法律出版社，2002 年版，第 43－45 页。

[65] 北京国源律师事务所吴俊律师如是说，参见蔡怡媛、刘京京：“医闹冲击大部分医院”，《生命时报》2006 年 11 月 14 日。

[66] 游曼妮、陈广泰：“广东上半年现 200 医疗暴力事件，其中 129 件私了”，http://news.sohu.com/20060910/n245256467.shtml。

[67] 他还指出：实际上，即便是动物，它们在彼此争斗时，也都是慢慢升级它们行动的侵略性。参见罗伯特．C．埃里克森《无需法律的秩序——邻人如何解决纠纷》，苏力译，北京，中国政法大学出版社，2003 年版，第 213—219 页。

[68] [英]安东尼·吉登斯：《社会的构成：结构化理论大纲》，李康、李猛译，三联书店 1998 年版，第 89 页。

[69] 刘璐璐、叶超：“医患纠纷处理机制调查及对策分析”，《中国医药报》2005 年 10 月 13 日。

[70] 中国工程院院士钟南山在一次报告会上如是说，参见“医疗事故鉴定不可信？病人家属闹医院索赔”， http://www.singtaonet.com/soc_news/t20060609_252346.html。

[71] 关于为什么不信任、不选择诉讼，详见徐昕：《论私力救济》，尤其是第 3 章。

[72] 张伟：“石家庄医患纠纷调查，双方极度不信任演化为暴力”，《中国经济周刊》2006 年 2 月 20 日。

[73] 如最高人民法院《关于参照医疗事故处理条例审理医疗纠纷案件的通知》、《关于审理人身损害赔偿案件若干问题的规定》、《关于医疗事故处理条例和人身损害的司法解释》。

[74] 如湖南长沙彭世宽故意杀害王万林案(案例 7)，患者彭世宽就曾多次向湖南省卫生厅中医管理局反映王万林违规使用药品和医疗器械的情况，而该局却仅避重就轻地调查王万林是否一名执业医师，以及其手术是否得到有关部门的承认，对纠纷本身没有做出实质性处理。

[75] 2005 年哈尔滨医科大学第二附属医院的“500 万天价医疗费”事件，患者翁文辉住院 67 天时间，耗资 550 万元。医院账单显示：共 3025 份化验单，有两天的输液量每天近一吨，66 天做了血糖分



析 588 次，肾功能检查 299 次，血气分析 379 次，化验血糖输液 1692 次，输血 968 次。见“‘天价医疗费’折射出法律缺失”，《大河报》2005 年 12 月 14 日。

[76] 如 2005 年一项对广东汕头及珠三角部分医院各专科住院病人和医务人员的抽样调查表明，“红包”现象在医疗界司空见惯。患者在评价医生“拒收红包”时认为：医生做得“较差”占 62.6%，“很差”占 10.7%，“一般”占 15.3%，而“很好”和“较好”合计仅占 11.4%。方燕君：“医患诚信问题探讨”，《医学与哲学》2006 年第 6 期。广州某调查显示，7.3％的广州市民在就医过程中曾经过人际传播和暗示，被索要“红包”、礼品。肖余恨：“揭开医院价格暴力的根源”，http://business.sohu.com/2004/04/17/56/article219865610.shtml。

[77] 同样以彭世宽故意杀害王万林案(案例 7)为例，彭世宽选择王万林的白血病“筛选法自体骨髓移植术”就是基于 2000 年 9 月《长沙晚报》刊登的《向血癌发起强攻》的报道及医院内的手术广告，其宣称该方法可将病人 5 年无病生存率由国内目前水平 40％—50％提高到 70％—80％。而若干病例证明，其根本不具有如此高的疗效。

[78] “医疗改革失败责任主在政府，而非‘市场化’”，http://www.singtaonet.com/china/t20060523_226696.html。

[79] 同上。

[80] 张鸿清：“医疗改革失败说明了什么”，http://news.sina.com.cn/o/2005-08-09/00066641793s.shtml。

[81] 《广东政协多位医卫界委员认为:医患关系紧张根源在体制》，http://www.yongyao.net/zhuanti/yhgx/yl07.html。

[82] 张晓芳：“看病难，多少百姓之痛”，http://news.sohu.com/20050323/n224815067.shtml。

[83] 2005 年 7 月 28 日，国务院发展研究中心社会发展研究部副部长葛延风接受《中国青年报》记者专访时如是说，参见“问诊中国医疗改革 20 年”，http://news.163.com/special/m/0001139T/medicarereform050729.html。

[84] 美国人均年医疗费用为 5000 美元左右，而中国人均 GDP 才 1000 美元。参见张鸿清：“医疗改革失败说明了什么”，http://news.sina.com.cn/o/2005-08-09/00066641793s.shtml。

[85] 张伟：“石家庄医患纠纷调查，双方极度不信任演化为暴力”，《中国经济周刊》2006 年 2 月 20 日。

[86] [英]安东尼·吉登斯：《社会的构成：结构化理论大纲》，李康、李猛译，三联书店 1998 年版，第 40 页。



[87] 关于信任简化复杂性的功能，参见 N. Luhmann, Trust and Power, (Chichester: John Wiley & Sons, 1979).

[88] 如见 Francis Fukuyama, Trust: the Social Virtues and the Creation of Prosperity, (New York: The Free Press, 1995);

[89] 张维迎：《信息、信任与法律》，北京，三联书店，2003 年版，第 9-14 页。

[90] 如王莹、朱荣康："南京成立国内首个医患沟通委员会"，《中国医药报》2007 年 1 月 30 日。

[91] 例如，2004 年山东省医学会对近 200 起医疗纠纷进行鉴定时发现，院方涂改甚至伪造病历现象较普遍，1/3 以上鉴定案例涉及病历的真实性问题。黄贵琢等就 1999-2002 年间所承办的 51 件医疗纠纷案件进行分析，发现医疗机构对送检资料进行全部或部分修改的案件 7 件，占 13.73%，局部修改包括修改手术记录、医嘱等，还有部分提供虚假 X 线片和 CT 片或虚假病理组织等。周晓蓉等："医疗纠纷中篡改病历相关法律责任研究"，《法律与医学杂志》2005 年第 2 期。

[92] "医患纠纷试行'人民调解'"，《人民日报》2006 年 11 月 23 日。

[93] 孙文鹰等："大调解：'医治'医疗纠纷的'大处方'"，《人民法院报》2006 年 3 月 13 日。

（徐昕，西南政法大学教授、博士生导师；卢荣荣，西南政法大学硕士研究生。原文链接：http://www.dffy.com/faxuejieti/ms/200901/20090122063854.htm）

【返回目录】

【解】

9-8 李天天：医闹张狂，如何问责



“问责可以让那些手中掌握权力的领导干部时刻保持警惕。在日益严峻的医疗形势下，将问责引入医疗纠纷的处理、医闹的处置已经迫在眉睫。只有问责才能让各级政府职能部门真正重视医患关系，不游离于医疗制度改革之外，才会从源头上重视医患矛盾并亲身参与解决矛盾。”

“6 月 1 日河南院长披麻戴孝、6 月 8 日杭州院长被人暴打、6 月 11 日武汉护士长惨遭割喉、6 月 16 日北医医生被刺五刀、6 月 21 日福建医生集体示威。”

加上 6 月 28 日福建三明市的医生被迫跳楼，整个 2009 年 6 月份见诸报端的血腥医闹事件已达 6 起。另外这 5 起医闹事件共造成近 20 名医务人员死伤，有媒体感叹这是中国医生的“黑色六月”。

中国每年有几十亿人次就诊，每年约有两千万人死于医院，占到全国总死亡人口的绝大部分——也就是说，医院本来就已经成为自然减少人口的“收容所”。在医院里死亡的绝大部分患者，一般都属于“回天乏术”者，医院不应该为其死亡承担责任。

但百姓并不见得都能认识到这一点，这也成为医患关系紧张的一个原因。近一段时间，随着在医院设灵堂、摆花圈、打砸公共设施、陈尸医院、甚至砍杀医务人员等暴力事件不断通过媒体曝光，医闹这一怪胎似乎有逐渐做大之势，对目前已然不正常的医患关系造成了更恶劣的影响。



很多人把医闹产生、发展的原因归结为信息不对称、双方对医学认识上的偏差、沟通不够、医务人员违反诊疗常规或诊疗水平欠缺、诉讼程序复杂等等。但笔者认为，这种种理由并非医闹现象滋生、流行的本质原因。医患矛盾古今中外都存在，以前甚至更严重，但并没有医闹的流行。虽然可能有言语行为过激的个别现象，但大多数患者都能够按照正常的途径解决与医方的争议，医务人员对于患者家属的过激言辞也有一定的承受能力，能够理解他们当时的心情和语境。如果仅仅把医闹产生和发展的根源简单归结为医患矛盾激化，未免有避重就轻、简约因果关系之嫌。

福建南平“6.21 医闹事件”是一个典型的案例，我们可以从中寻觅医闹现象产生的本质原因：在“医闹”打砸南平市第一医院时，医院立即向 110 报案。但警察到来后，既不隔离打砸医院和殴打医务人员的医闹组织，也不立刻解救被医闹非法监禁的医务人员和其他患者——此时该院泌尿外科的住院病人和医生护士已被医闹组织非法关押了数小时之久。

后来更警察抵达现场，但他们得到的命令仍然是“待命”。当被刀捅伤的医生倒地的时候，警察就在旁边，警察得到的命令还是“待命”；当医闹组织声称再不按其要求赔偿，就将医院办公大楼炸毁，警察们仍旧是“待命”。如此莫名其妙的“待命”实在令人费解：歹徒劫持人质，特警就会出动，并积极采取办法最大限度减少人质受到伤害，为何医生患者被人非法监禁就要“待命”？

而在少数地方，当地 110 在接到医院报警电话之后，甚至以“医患纠纷自行解决”为由而拒绝出警，这更助长了医闹组织的嚣张气焰。在中国很多地方，哨兵岗位的前面都立有一块标牌：“哨兵神圣，不容侵犯”，因为哨兵代表的形象是国家安全。而医院和医生代表了百姓的健康与生命安全，也理应同样享有“不容侵犯”的神圣权利。但在一些地方，医生即使被严重侵犯人身安全，政府官员也可以用消极的“待命”来对待。地方政府部门的软弱纵容和地方公安机关的失职无为已经成为医闹组织胆大妄为的“坚实后盾”。

随着福建南平“6.21 事件”的后续发展，很快又体现了地方政府的“胡作为”。南平市政府为了尽快平息纠纷，放弃秉公办事的执法原则，仅用一天时间就“研究决定”，责成医院方面赔款 21 万元，退还患者所交的全部 6000 元医疗费用，减免所欠医疗费用，并要求双方互不追究任何责任。



这 21 万元是如何计算出来的？为何要退还 6000 元的医疗费用？医院的法人代表（院长）为什么可以替受伤医生放弃追究对方刑事责任的权利？是谁参与了谈判？是谁最后同意了协议方案并签字？医院职工代表大会是否同意并授权？这笔赔款是否分摊到相关科室？是否也由相关医生承担部分赔款？

这一连串的问号都没有答案，在赔款协议中只有一句“考虑乙方家庭困难，本着人道主义原则”来一笔带过，“人道主义”成了逃避矛盾的借口和幌子。在事件的解决过程中，南平市政府没有走法律流程，而是用“潜规则”的方式去私了，表面看双方纠纷得到快速平息，实则埋下了一颗非常危险的地雷。

在福建南平“6.21 医闹事件”中，地方政府的不作为和胡作为导致公法偏废，潜规则泛滥，其实就是目前医闹流行的最根本原因。医闹围攻打砸医院，侵害医务人员，干扰其他患者就医，严重违法犯罪不但不被惩罚反而获利，其违法成本低且有暴利，而守法者吃亏，必然诱发各种违法犯罪行为高涨。在“劣币驱良币”的效应下，任何守法公民都可能随波逐流，医闹流行自然也不能幸免。

小闹小赚，大闹发财，一些地方官员往往不问是非，有法不依，不顾社会长远稳定，一味逼医院“花钱买平安”，甚至不惜侵害医务人员的人格尊严和合法权益去换取一时的“和谐”假象，既损害了政府的公信力，也损害了法治权威，更损害了社会的稳定。同时也严重伤害了中国 600 万医务人员的感情，长此以往，必然令医务人员的防范之心大于呵护之情，最终损害了包括患者在内的所有人的利益。

近年来，当某地发生灾害性事件以后，当地的政府官员可能要受到问责。问责可以让那些手中掌握权力的领导干部时刻保持警惕。在日益严峻的医疗形势下，将问责引入医疗纠纷的处理、医闹的处置已经迫在眉睫。只有问责才能让各级政府职能部门真正重视医患关系，不游离于医疗制度改革之外，才会从源头上重视医患矛盾并亲身参与解决矛盾。

（李天天，医学博士，医学专业网站“丁香园”创始人。原文链接：http://xwzk.qikan.com/ArticleView.aspx?titleid=xwzk20092414）

【返回目录】



9-9 盛大林：医患纠纷“第三方”调解制度值得推广

“医患纠纷的解决为什么如此之难？问题的症结到底在哪里？应该说，部分医务人员的技术不过硬、责任心不强乃至医德的滑坡是一个方面的原因，有些患者或者家属感情用事也是一个方面的原因，甚至无理取闹、借机敲诈的情况也是有的，但最主要的原因恐怕还是医疗纠纷解决机制的问题。”



近日在浙江参观考察，绍兴、宁波等地推行的“大调解”尤其是其中的医患纠纷人民调解委员会让我眼前一亮。绍兴的“医调委”是由市政府下文、司法局牵头成立的民间组织，由具有法学、药学、临床医学等方面资质的人员组成，工作经费由财政予以保障，调解纠纷不收任何费用。这种医疗纠纷第三方调解制度受到了患方、医方和社会的欢迎，也取得了良好的效果。

绍兴市之所以变革医患纠纷调解制度，直接的原因就是近年来医疗纠纷发生数量逐年攀升、重大纠纷比例逐年增大。其实，不独绍兴这样，其他的地方莫不如此。可以说，医患纠纷已经成为最大的不稳定因素之一。

为了解决“医闹”等问题，很多地方、很多专家都想了很多办法，比如今年的全国两会上，医卫界别的委员联名提案，建议将公安力量引入医疗机构；也有专家建议推行医疗责任保险，将医院从纠纷中解脱出来……但这些建议或做法都遭到了舆论的批评。的确，“警察进医院”等打压的方式解决不了问题，而“医责险”只是想转移矛盾而无助于化解纠纷。

医患纠纷的解决为什么如此之难？问题的症结到底在哪里？应该说，部分医务人员的技术不过硬、责任心不强乃至医德的滑坡是一个方面的原因，有些患者或者家属感情用事也是一个方面的原因，甚至无理取闹、借机敲诈的情况也是有的，但最主要的原因恐怕还是医疗纠纷解决机制的问题。

按照通行的做法，医患纠纷发生后，如果双方协商不成，就要交由医疗事故鉴定委员会来鉴定是否属于医疗事故以及属于责任事故还是意外事故，而医疗事故鉴定委员会是由卫生部门牵头组织的，其成员不仅只有医药专业人员而没有法律等其他方面的专业人员，而且那些医药专业人员也都来自于各大医院。也就是说，医患纠纷由当事一方的“兄弟单位”以及同行们来判定，这显然缺乏公信力——有些患方或者家属之所以闹个不停，就是觉得鉴定不公正，他们总认为鉴定的专家与当事医院“穿同一条裤子”！

因此，要及时有效地解决医患纠纷，引入“第三方”是个必要的条件。几年来，笔者以及很多有识之士都在呼吁改革现行的医疗纠纷处理机制，但国家有关部门一直没有作出积极的回应，更没有相关的行动安排。没有想到，绍兴已经这么做了，而且制度设计得相当合理。

首先，绍兴市把医患纠纷的鉴定权和调解权由卫生部门转移到了司法部门，这就确立了医患纠纷人民调解委员会的“独立”地位。同时，医调委的成员不仅包括医药专业人员，而且包括法律等各个方面的专家，这至少在程序上保障了鉴定及调解的公正性。

绍兴市的这一变革不仅没有遇到大的阻力，而且很快就取得了效果。这充分说明，在医患纠纷调解中引入“第三方”并不难，关键就看政府有没有这方面的决心。我建议，国家有关部门都来绍兴考察一下，对绍兴的做法加以总结和完善，然后在全国推广。我相信，“第三方”调解机制一定能够大大减少“医闹”的数量！

(盛大林，时事评论员，东方今报编委。原文链接：http://blog.ifeng.com/article/11056771.html)

【返回目录】



【FMN 一周新闻综述】

1、上海地铁 10 号线追尾

上海地铁 10 号线 9 月 27 日下午 2：51 发生 2 辆列车追尾事故，这起严重的事故引起了民众对交通安全的又一次诘问和担忧。

新闻：http://fmn.cc/qo5RGX

9 月 27 日晚间上海市政府召开了新闻通气会，向媒体说明追尾事故有关问题，卫生局局长称事故造成 271 人受伤，其中 61 人住院治疗，30 人处于急诊观察状态，事故中无人员死亡。申通地铁董事长俞光耀则鞠躬道歉，但是对于事故原因表示尚未查明无法回答。

新闻：http://cn.fmnnow.com/?p=480

对于上海地铁的信号设备提供商卡斯柯，在事后被媒体调查出今年 7 月 28 日 10 号线"逆行"事件中就曾被约谈，他们此前表示会杜绝此类事件发生。而该公司产品还广泛应用在上海、大连、长春、天津、深圳、广州等多个城市地铁系统中，也遍布铁路系统，安全隐患令人担忧。

新闻：http://fmn.cc/qP6m94

9 月 28 日晚，上海地铁官方微博发消息称追尾事故初步原因系当天设备突然失电，致使运营信号中断，地铁 10 号线行车作业人员即采取人工调度行车方式，但是有关人员未能严格执行相关管理规定，导致事故发生。当晚 8 点 10 号线恢复运营。

新闻：http://cn.fmnnow.com/?p=484

2、本周中国群体性事件

广东陆丰市东海镇的乌坎村村民，因为土地问题爆发群体性事件，抗议以及同警方的冲突已持续 2 日，官方虽已将事件定性为"聚众滋事"并称"造成群众伤亡"一事是谣言，但网友和媒体所发消息却同官方有出入。

新闻：http://cn.fmnnow.com/?p=421

事件图集：http://fmn.cc/pV2PUp

9 月 24 日当媒体再次进入乌坎村时，称抗议活动已基本平息，而官方所宣称的无人员伤亡经记者查证确有村民被打伤。而村民也通过选出的代表向政府要求调查并解决长期存在的土地问题。

新闻：http://fmn.cc/ohtloC

《华尔街日报中文版》在 9 月 26 日发文引用清华大学教授孙立平公布的数字称，2010 年，中国发生了 18 万起抗议和骚乱等群体事件，较 10 年前增加了三倍以上。而通胀和土地问题则是引发群体性事件的最主要原因。

新闻：http://fmn.cc/rozNBx



3、温州民间借贷“跑路”引发连锁反应

近期温州民间的借贷业务正经历一场严峻的考验，受郑菊珠跑路事件影响，据不完全统计，从 9 月 12 日至 22 日当地已经有 7 家企业的老板被卷入“失踪”漩涡。另据消息，浙江信泰集团董事长胡福林疑已卷款 20 亿人民币逃往美国。

新闻：http://fmn.cc/qmD4Ww

温州不少集资人“跑路”不止造成民间借贷资金链断裂，9 月 27 日有消息称已有不少卷入此事件的人跳楼自杀，仅 27 日一天就有 2 名鞋业老板跳楼身亡。

新闻：http://fmn.cc/poDWVl

温州的集资后跑路事件引起的连锁反应导致当地人心惶惶，有债主称温州的高利贷债主大约有八成的是公务员，有的是局级以上的，现在这些人都想低调收回资金了事。此前逃跑的一名集资人则涉及 13 亿下落不明的资产，不禁令人咋舌。

新闻：http://fmn.cc/rnJN06

4、中国教育新闻

9 月 22 日非京籍家长前往教育部信访办递交呼吁书，希望能允许他们的子女在京参加高考，这已经是他们第 15 次就此问题信访，而教育部的回应仍是仍在研究中，领导也拒绝同他们见面，无奈的家长只能在教育部大门口进行和平请愿。

新闻：http://cn.fmnnow.com/?p=439

华中政法大学教授张雪忠疑因今年早些时候写信给教育部部长袁贵仁，呼吁取消大学中的思想政治课程，并将“政治”科目从大学和研究生入学考试中去除而遭到“举报”，上海长宁区税务部门对其“偷税”问题进行审查。

新闻：http://cn.fmnnow.com/?p=435

5、本周其他新闻

达赖喇嘛在今日发表了有关其转世问题的声明，据报道称声明中详细解释了达赖喇嘛的转世制度的历史与传统，并认为中国政府干涉了宗教事务。外交部发言人洪磊在 9 月 26 日的发布会上则表示中国否认十四世达赖喇嘛传承合法性。

新闻：http://fmn.cc/qmW7fy

http://fmn.rhttp://fmn.cc/qqusrD

河南洛阳警方近日破获一起令人震惊的案件，洛阳市技术监督局执法大队的干部李浩在一居民楼下挖了一个地窖，并在此囚禁了 6 名歌厅女子作为“性奴”，其中 2 人还遭到杀害。事件曝光后报道此事的记者却被洛阳市委的人指责泄露“国家机密”，只因犯罪嫌疑人是公务员。

新闻：http://fmn.cc/pAGR9H



9 月 15 日河南洛阳到北京旅游的男子因旅馆同住者有 3 名上访者，于是被不明人士误抓，身上财物被抢走，反抗中还被打伤，9 月 16 日下午，他被发现遭人遗弃在洛阳街头昏迷不醒。有关北京截访的现象又引起了人们的关注。

新闻：http://fmn.cc/pdlKvx

本周官媒反击福布斯称中国税负痛苦第二的新闻刚刚发布，就有网友曝光浙江省国税局花费 271 万元购买了一艘豪华游艇，并举行了隆重的启航仪式。而国税局回应则称所购游艇为流动办税工作船。

新闻：http://fmn.cc/n5hALa

广东佛山的独立参选人李碧云 9 月 20 日被警方以“破坏选举罪”被刑拘，引起广泛关注，随后顺德区警方发布消息称李碧云因破坏票箱和伤人被刑拘，但网友指出此前李碧云多次同选举委员会协商无果，官方亦存问题。

新闻：http://cn.fmnnow.com/?p=465

http://cn.fmnnow.com/?p=470

本周还曝出了一起令人震惊的命案，K256 次列车上 20 名乘客作出书证指出多名列车员打死了一名乘客，据调查死者亦为铁道系统人员，由于“乘车证”同列车员发生争执，而死者则是参与劝架的当事人。

新闻：http://fmn.cc/nJ56So

【返回目录】



➢

此电子周刊由「我在中国」（Co-China）论坛志愿者团队制作，「我在中国」（Co-China）论坛开始于 2009 年 8 月，每月在香港举办一场公开讨论，并借助网络视频直播、文字直播等方式将现场放大至全球任何地方。我们希望提供独立、客观、理性的观点和论述，并关注被主流媒体忽略的议题和讨论。目前已举办二十二场讨论，嘉宾有艾未未、长平、陈冠中、贺卫方、胡泳、梁文道、欧宁、潘毅、叶荫聪、周保松、许宝强等。2011 年 6 月开始，为了丰富论坛的主题，我们在固有论坛的基础上开始一个 Co-China X 系列，这些讨论、沙龙由 Co-China 同一些友好团体合作举办，试图将更多有价值的讨论呈现于网络。论坛网址：https://cochina.org/

若希望订阅此电子周刊请发一封空邮件至 cochinaweekly+subscribe@googlegroups.com，也欢迎大家转发分享。想加入「我在中国」（Co-China）论坛的志愿者团队，请发简历至 forum@cochina.org。

论坛网址：https://cochina.org/
论坛 twitter：Co-China 論壇（http://twitter.com/#!/CoChinaOnline）
论坛新浪微博：CoChina 論壇（http://t.sina.com.cn/1729620664 ）

编辑：丁昕 姚梧雨童
校订：胡俊熹
主编：方可成
版面设计：豆弟
配图：王琳
技术支持：毛向辉 舒欣
出品人：杜婷

